

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RUPTURE SPONTANÉE DES KYSTES DE L'OVAIRE
DANS LE PÉRITOINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JACQUES LAIR

Né le 29 Novembre 1869, à Pontorson (Manche)



LYON

PITRAT AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Alexandre REY successeur

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1892

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RUPTURE SPONTANÉE DES KYSTES DE L'OVAIRE
DANS LE PÉRITOINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 Juillet 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JACQUES LAIR

Né le 29 Novembre 1869, à Pontorson (Morbihan)



LYON

PITRAT AINÉ, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Alexandre REY successeur

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.. . . .	{ MM. LÉPINE.
	{ BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	{ PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	J. TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire.	X.
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. PERRET, agrégé.
Accouchements. POULLET, —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. GANGOLPHE.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BARD.	JABOULAY.	POLLOSSON.	SABATIER.
BEAUVISAGE.	LANNOIS.	POULLET.	VIALLETON.
CHANDELUX.	LINOSSIER.	RODET.	WEILL.
DIDELOT			

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. SABATIER et JABOULAY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE
Le Docteur LAIR

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-ONCLE
Le Docteur DAVALIS

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES MAÎTRES

de l'École du Service de Santé Militaire

INTRODUCTION

La littérature médicale contemporaine offre, en tout ce qui concerne les kystes de l'ovaire, leur traitement, leurs complications, une richesse qu'il serait difficile de trouver sur tout autre point de la science.

Néanmoins, ayant eu l'occasion d'observer dans une même année quatre cas de rupture spontanée de kystes de l'ovaire dans le péritoine, alors que nous étions stagiaire dans le service de M. le professeur Poncet, nous avons pensé, engagé d'ailleurs dans cette voie et assuré d'y être toujours guidé par les conseils d'un maître qui s'est livré à la chirurgie abdominale d'une façon toute particulière et avec un succès tout spécial, nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de rechercher les observations éparses publiées sur ce sujet et de se livrer à un travail d'ensemble sur cette complication des kystes ovariens.

Depuis le mémoire de Nepveu paru en 1875, dans les *Annales de Gynécologie*, sur la « Rupture des kystes de l'ovaire », et depuis, la thèse de M^{me} Waite soutenue à la Faculté de Paris en 1883, sur le même sujet, aucun travail important n'a été publié sur cette question. Or, si en 1883, l'antisepsie était déjà bien répandue, elle n'avait pas encore réalisé les progrès qui permettent actuellement à la chirurgie les plus grandes audaces, et qui ont fait faire à la chirurgie abdominale notamment un si grand pas.

Aussi, essaierons-nous de montrer, et c'est en cela, croyons-nous, que notre travail sera original, que, dans tous les cas de rupture d'un kyste de l'ovaire dans le péritoine, il faut, ainsi que nous l'avons toujours vu faire à M. le professeur Poncet, intervenir immédiatement d'une façon radicale et pratiquer la laparotomie, l'ablation du kyste déchiré et la désinfection du péritoine.

Nous nous attacherons à prouver, par les observations qu'a bien voulu nous remettre M. Poncet et par les statistiques de divers chirurgiens, que l'on obtient de cette pratique des résultats inespérés.

Nous serions trop heureux si, avant de nous livrer d'une façon spéciale à la chirurgie d'armée et à l'étude des maladies du soldat, nous avons pu apporter notre contingent à l'étude des maladies des femmes et être de quelque utilité, en montrant qu'un accident contre lequel les médecins étaient autrefois désarmés est maintenant

rapidement curable, grâce aux progrès de la chirurgie moderne.

Mais, avant de commencer ce modeste travail, qu'il nous soit permis de témoigner notre plus profonde reconnaissance à M. le professeur Poncet, qui a bien voulu, non seulement nous inspirer le sujet de notre thèse inaugurale, mais encore nous faire l'honneur d'en accepter la présidence. Ce maître bienveillant a toujours mis à notre disposition son temps et ses conseils ; nous n'avons cessé de recevoir auprès de lui, en toutes circonstances, l'accueil le plus bienveillant, et c'est un devoir pour nous de lui exprimer ici nos plus sincères remerciements.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0009

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RUPTURE SPONTANÉE DES KYSTES DE L'OVAIRE
DANS LE PÉRITOINE

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

Nepveu, dans un travail qu'il fit paraître en 1875, dans les *Annales de Gynécologie*, sur la « Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine », divisait les causes de cette rupture en deux grandes classes :

I. *Les Ruptures par traumatisme ;*

II. *Les Ruptures par altérations des parois du kyste.*

C'est aussi la division que nous adopterons, car on peut y faire rentrer toutes les causes de rupture spontanée.

Mais, avant d'aborder l'étude des ruptures dues à un traumatisme, il sera peut-être bon de passer en revue certaines circonstances étiologiques relatives à l'âge de la malade, au volume et à la variété anatomique de la tumeur.

Et d'abord, l'âge de la malade présente-t-il quelques particularités au point de vue de la fréquence des ruptures ?

La rupture peut s'observer à tout âge, puisque Jenkins, dans l'*Americ. Journ. of Obstetric.* (1880), cite le fait d'une enfant de trois ans et quatre mois qui eut une péritonite aiguë, par suite de la rupture d'un kyste de l'ovaire.

Mais c'est là une exception; on sait que les kystes se développent de préférence à l'âge de la maturité sexuelle et c'est par cela même à cet âge que l'on observe les ruptures les plus nombreuses. A un âge plus avancé, elles sont relativement plus fréquentes encore, parce qu'alors les kystes présentent souvent un ramollissement cancéreux de leurs parois.

On voit assez souvent aussi la rupture se produire chez des femmes jeunes, c'est-à-dire à l'époque où les kystes dermoïdes se montrent de préférence.

Le volume de la tumeur n'a également qu'une importance très secondaire. Combien observe-t-on de kystes volumineux qui ne se sont jamais ouverts! Au mois de mai dernier, nous avons vu M. le professeur Poncet enlever un kyste dont le contenu s'élevait à environ 25 litres, qui existait depuis onze ans, et sur lequel on n'observait aucune trace de déchirure ancienne ou récente. Nous avons déjà observé un cas analogue à une ovariectomie pratiquée, quelques mois plus tôt, par M. le professeur agrégé Jaboulay, dans le service de M. Poncet.

Et cependant, on se demande comment ces gros kystes peuvent persister ainsi pendant des années sans accident, quand on voit la minceur de leurs parois. Ce sont en général des kystes uniloculaires à contenu séreux; leur poche, déjà peu épaisse, est arrivée, par suite de la distension extrême, à une épaisseur infiniment petite. Mais

sa résistance est uniforme, elle ne présente pas de points faibles.

Par contre, des kystes très petits peuvent se rompre spontanément. Hue (th. de Paris, 1883) rapporte un cas de rupture d'un kyste de l'ovaire ayant amené une mort en cinq jours. C'était un kyste de l'ovaire droit gros comme une aveline, dur, et présentant une ouverture grande comme un grain de millet.

Il ne faudrait toutefois pas exagérer la solidité des gros kystes, et ils sont plus exposés à se rompre sous l'influence des traumatismes.

Si le développement lent du kyste permet à ce dernier d'acquérir impunément un volume énorme, il n'en est pas de même de sa distension brusque que l'on observe de temps en temps, et qui est généralement due à une hémorragie intra-kystique. Nous en reparlerons d'ailleurs un peu plus loin.

L'importance de la variété anatomique du kyste, au point de vue de la rupture, n'a pas été constatée d'une façon bien précise. On s'accorde généralement à dire que les kystes multiloculaires sont plus exposés à la rupture que les kystes uniloculaires, et il semble à peu près démontré que les kystes dermoïdes sont ceux qui présentent le plus souvent cet accident. On en trouve la cause dans la structure anatomique de ces derniers; en effet leurs parois, bien qu'en général assez épaisses, sont friables, semées de végétations à l'intérieur; elles sont sujettes à s'enflammer et peuvent être érodées et perforées par les productions d'ordre divers qu'elles renferment. Enfin, les kystes dermoïdes ont d'ordinaire un pédicule plus long, sont plus lourds et moins volumineux que les kystes

non dermoïdes, en un mot, réalisent toutes les conditions prédisposant à la torsion du pédicule qui peut être, ainsi que nous le verrons, une cause de rupture.

La statistique de Nepveu ne nous renseigne pas sur cette importance de la variété anatomique. Sur le nombre des cas d'autopsie qu'il a relevés, en effet, cette variété n'est signalée qu'un petit nombre de fois. « Six kystes multiloculaires, quatre simples, quatre cancéreux, deux hydatiques, cinq dermoïdes, un kystome papillaire et un kystome glandulaire. »

I. TRAUMATISMES.

« Lorsque le liquide se déverse ainsi par une ouverture faite à la poche qui le renferme, dit Gallard, la première cause qu'on songe à invoquer, c'est tout naturellement le traumatisme. Un coup, une violence extérieure exercée sur la poche très distendue, amènera nécessairement l'éclatement de cette poche et le déversement du liquide qu'elle renferme dans la cavité la plus voisine. Il y a, en effet, des cas et, ils ne sont pas très rares, où cette cause n'a pu être méconnue. Mais on a certainement exagéré son action en la faisant intervenir dans des circonstances qui nous semblent absolument insuffisantes, pour qu'elle ait pu produire un tel effet, s'il n'y a pas eu préalablement des modifications de la paroi du kyste. » (Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, 1886.)

Avec Nepveu, nous diviserons encore les traumatismes en : traumatismes physiologiques et traumatismes de cause externe.

1° *Traumatismes physiologiques.*

Ces traumatismes sont d'ordre très divers. C'est ainsi que Pollard, Percival ont cité des cas de rupture dus à l'action d'un vomitif. « Säger (*Soc. gynéc. de Leipzig in Centr. für Gynec.*, 1887, n° 9), a vu un kyste ovarique se rompre spontanément sous l'influence des efforts de vomissements, durant l'anesthésie, sur la table d'opérations, avant l'incision abdominale. Si le diagnostic n'eût été soigneusement établi d'avance, la disparition de la tumeur eût pu faire croire à une erreur clinique. » (Pozz.) Adrien Pozzi a été témoin d'un fait semblable, en 1883, dans le service de Trélat.

D'autres auteurs ont signalé des faits de même nature, des ruptures survenant, par exemple, à la suite d'efforts violents, d'accès de rire, de toux. Trousseau même parle d'une femme dont le kyste se rompit au moment où elle se baissait pour dénouer ses bottines.

Mais ces causes, en général, n'agissent pas seules, ainsi que le fait remarquer Gallard : « Quand on nous dit qu'un kyste s'est rompu pendant des efforts de vomissement, au milieu d'un éclat de rire, ou pendant que la malade faisait un effort pour se retourner dans son lit, il est trop évident que la cause n'est pas en rapport avec l'importance de l'effet produit, et que cette rupture aurait, sans ce léger accident, pu avoir lieu un peu plus tôt ou un peu plus tard, ou même, comme chez notre malade, durant le sommeil. »

Toutefois, si ces causes n'ont qu'une valeur tout à fait secondaire, il n'en est pas de même d'un autre traumatisme, physiologique lui aussi, qui est noté par tous les auteurs comme occasionnant fréquemment la rupture des kystes de l'ovaire. Nous voulons parler de la grossesse, et particulièrement de l'accouchement.

L'utérus gravide, coïncidant avec la présence d'un kyste de l'ovaire peut, par la compression qu'il exerce sur ce dernier, être cause de rupture. Il est cependant relativement rare que les parois du kyste se déchirent avant le travail. La compression, en effet, ne se fait pas brusquement, la tumeur ovarique, munie en général d'un pédicule assez long, et par ce fait même très mobile, peut glisser sur l'utérus et prendre place auprès de lui, les parois du ventre se distendant dans une très large mesure et permettant le développement simultané de la matrice et de l'ovaire hydropique.

Lorsque la rupture a lieu pendant la grossesse, c'est presque toujours au début de celle-ci et avec des kystes de petit volume, c'est-à-dire à une période où l'utérus est confiné comme le kyste dans le petit bassin.

Il est probable qu'une tumeur concomitante pourrait occasionner la rupture du kyste, mais c'est là une coïncidence rare, et nous ne connaissons pas d'exemple d'un accident de ce genre.

Les ruptures sont plus fréquentes au moment de l'accouchement, car les conditions ne sont plus les mêmes.

La tumeur se trouve presque toujours dans l'excavation recto-utérine, un peu plus à droite ou à gauche, selon que c'est l'ovaire droit ou le gauche qui est malade. Aplatie contre les parois du bassin par la tête qui s'engage

dans l'excavation pelvienne, comprimée fortement de tous côtés au moment des contractions, elle est souvent obligée de céder à l'effort. C'est même parfois un accident heureux, car, dit Naegelé « les tumeurs de l'ovaire comptent parmi les complications les plus fâcheuses du travail », et peuvent entraver l'engagement de la présentation. Cela s'observe surtout dans les cas où le pédicule est très court et où, par conséquent, le kyste ne peut glisser sur l'utérus et prendre une position favorable. Ce pédicule, en effet, peut faire parfois à peu près complètement défaut, ainsi que nous en avons observé un cas dans une ovariotomie pratiquée par M. le professeur Poncet, sur une malade dont nous relatons l'observation à la fin de ce travail.

La grossesse favorise encore la torsion du pédicule, cause fréquente d'altérations amenant la rupture des kystes de l'ovaire.

Enfin, à la suite des couches, se manifeste quelquefois un certain degré de péritonite puerpérale et consécutivement d'inflammation des parois du kyste; mais, ce sont là des causes de rupture par altération des parois, que nous reverrons bientôt.

Nous ferons rentrer dans la catégorie des traumatismes une cause qui, elle, n'agit pas sur le kyste de dehors en dedans comme les précédentes, mais bien de dedans en dehors; c'est la distension brusque du sac par une hémorragie intra-kystique, cause qui agit, en effet, d'une façon purement mécanique, et qui, par cela même, nous semble devoir être comparée à un traumatisme.

Cette hémorragie se produit tous les mois, à chaque période cataméniale, dans cette variété de kystes san-

guins, appelés à juste titre par E. Boeckel, kystes ménorragiques (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861). « Si rien ne s'oppose à leur développement, si leur paroi est résistante, ces kystes ont un accroissement indéfini, auquel seule la ménopause peut mettre un terme.

• • • • •

« Plus souvent peut-être, cette évolution est arrêtée brusquement par un accident; sous l'influence d'une poussée congestive, et très souvent, ce qui s'explique facilement, au moment où le follicule se déverse dans la cavité kystique, c'est-à dire pendant les règles, la paroi, mise brusquement en tension, cède et le kyste se rompt. » (Francis Rollin, *Des hémorragies de l'ovaire*, th. de Paris, 1889.)

Toutefois, les kystes ménorragiques sont des faits rares, et l'on n'a guère à compter avec cette cause de rupture.

L'hémorragie intra-kystique peut être due encore à un traumatisme.

Mais elle survient bien plus souvent à la suite de la torsion du pédicule.

Dans ce cas, en effet « l'arrêt de la circulation peut ne pas se faire en même temps dans les artères et dans les veines; celles-ci, à cause de la minceur de leurs parois et de leur disposition en sinus, sont oblitérées plus vite que les artères dont les parois sont résistantes. La circulation en retour est abolie, tandis que le kyste reçoit encore le sang artériel. La suppression de la circulation veineuse d'une part, et l'apport continu de sang rouge de l'autre, produisent une augmentation considérable de tension dans les vaisseaux du pédicule. En nous rappelant

leur friabilité, il est facile de comprendre qu'il puisse se produire des ruptures veineuses et des hémorragies considérables. » (Mouls, *Torsion du pédicule*, th. de Paris, 1890.)

Si ces hémorragies se font dans la cavité du kyste, celui-ci, qui n'est pas indéfiniment extensible, se rompt à un moment donné sous l'influence d'une distension sanguine trop rapide.

Spencer Wells en cite un exemple, et beaucoup d'autres chirurgiens en ont signalé depuis.

2° Traumatismes de cause externe.

Ils sont très divers et peuvent varier à l'infini.

« La rupture peut même avoir lieu sous l'influence de manœuvres d'exploration. Comme exemple, nous citerons un cas du D^r Mundé rapporté dans les transactions de la *Société obstétricale de New-York*, séance du 16 octobre 1877.

« La malade était entrée à l'hôpital pour une rétention d'urine pour laquelle on a dû pratiquer la dilatation de l'urètre. L'opérateur cherchait en même temps à constater l'état des ovaires, et il trouvait celui du côté gauche augmenté de volume et présentant les dimensions d'une grosse noix. Pendant qu'il l'examinait par le toucher urétral et le palper abdominal combinés, et très doucement appliqués, la petite tumeur cédait sous son doigt, et il concluait à une rupture. » (M^{me} Waite, née Tregaskis, *Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire*, th. de Paris, 1883, p. 100.)

Le D^r Mathews Duncan rapporte un fait semblable pour un kyste « dont les parois étaient tellement amincies, qu'une pression très légère exercée, sur un point de sa surface, en a amené la rupture dans un autre point éloigné ».

Nous-même avons été témoin d'une rupture qui s'est probablement effectuée dans des circonstances analogues. Il s'agit d'une malade, Annette-Émilie L..., opérée par M. le professeur Poncet le 2 juin 1892, et dont nous relatons l'observation. Les deux ovaires étaient kystiques, et l'on constatait la présence de deux tumeurs principales, mais pas d'ascite. Or, à l'ouverture de la cavité abdominale, on aperçut dans le péritoine du liquide séro-sanguinolent. On ne savait d'où provenait cet épanchement ; mais au bout de quelques minutes, M. le professeur Poncet aperçut une déchirure étoilée par où s'échappait le liquide, et il pensa que cette déchirure, qui s'était produite en quelque sorte sous ses yeux, était due aux manœuvres d'exploration auxquelles il s'était livré avant de commencer l'opération.

Cela prouve que l'on doit prendre des ménagements dans l'examen d'un kyste de l'ovaire, surtout lorsque cet examen n'a pas lieu immédiatement avant l'opération.

A ces accidents, heureusement fort rares, viennent se joindre d'autres ruptures dues à des traumatismes de nature banale, tels que coups, chutes d'une voiture, d'une échelle, dans un escalier. C'est une femme qui tombe en courant et qui voit sa tumeur disparaître ; c'est une autre qui est guérie d'un kyste après avoir reçu de son mari un vigoureux coup de pied dans le ventre.

« Dans ce dernier ordre de faits, on trouve les récits

les plus extraordinaires. Tel est le cas cité par le Dr Satterthwaite, à la séance du 27 avril 1882 de la *Pathological Society de New-York*, d'une femme qui, en traversant la rue, tomba et se trouva sous les pieds d'un cheval. L'un des pieds de l'animal se posa exactement sur le milieu du kyste, qui ne tarda pas à se rompre sous cette pression énorme. La femme se remettait et ne mourait que six ans plus tard. » (M^{me} Waite, *loco citato*, p. 97.)

II. ALTÉRATION DES PAROIS

Cette cause, nous l'avons déjà dit, est de beaucoup la plus importante, et, si l'on excepte les coups portés sur le ventre avec une grande force et le travail de l'accouchement, on peut affirmer que, dans la majorité des cas où la rupture a eu lieu à la suite d'un traumatisme, cet agent n'a agi que comme cause déterminante et secondaire à une dégénérescence préalable des enveloppes kystiques.

C'est ce qui nous explique pourquoi tel kyste aura supporté impunément des chocs très nombreux, au lieu qu'un autre s'ouvrira dans le péritoine sous l'influence d'un simple éclat de rire ou d'un léger effort.

La structure des kystes et leur situation particulière ne nous expliquent-elles pas d'ailleurs cette résistance aux agents extérieurs. Mobiles dans la cavité abdominale, constituant d'une part un tout élastique, reposant d'autre part sur un coussin également élastique formé en partie par les intestins, et, enveloppés par les parois

du ventre, il est aisé de comprendre que, si leurs tuniques ne sont pas dégénérées, ils ne soient pas endommagés par des forces qui les briseraient infailliblement s'ils étaient fixés et reposaient sur une paroi rigide.

Les dégénérescences des parois kystiques sont d'ailleurs très fréquentes et peuvent être rangées sous trois chefs :

- 1° *Altérations de nature cicatricielle ;*
- 2° *Altérations de nature inflammatoire ;*
- 3° *Altérations par dégénérescence cancéreuse, graisseuse, calcaire, ou dues à un processus gangreneux.*

1° *Altérations cicatricielles.*

Ces altérations se rencontrent dans tous les cas où la paroi du kyste a subi une solution de continuité si petite qu'elle soit, et constituent un point de moindre résistance qui pourra céder à un effort venu soit de l'intérieur, soit de l'extérieur du kyste. Ces cicatrices, en effet, sont constituées par du tissu cellulo-fibreux et à peu près point de fibres élastiques, ne contiennent que peu ou point de vaisseaux, et sont par conséquent peu extensibles et douées d'une faible vitalité.

On comprend alors pourquoi, à la suite de ponctions, alors que ces ponctions ont été faites très antiseptiquement et qu'elles n'ont donné lieu à aucune inflammation, ni à aucune rupture immédiate, pourquoi il arrive parfois que, au bout d'un certain temps, la paroi du kyste cède dans un des points qui avait été le siège d'une ponction.

On comprend également pourquoi les mêmes kystes

se rompent plusieurs fois après s'être successivement reformés et pourquoi même un kyste qui s'est déjà rompu et qui, après guérison, s'est reformé est plus exposé qu'un autre à la rupture, qui se fera généralement dans le même point ou dans un point très voisin du premier, parce que le tissu est toujours légèrement enflammé autour de la cicatrice.

C'est ainsi que Reuss a assisté à la dix-septième rupture d'un même kyste.

Sur les 64 cas de guérison spontanée à la suite de rupture observés par Nepveu, vingt et une fois le liquide réapparut, et dans beaucoup de cas le kyste se rompit une deuxième fois (Moriceau, Delpech, Bluff, Wolley, Lane, Trousseau, Lassègue), et une troisième fois (Camus).

M. Desprès, à la *Société de chirurgie* de 1876, a présenté un cas de kyste de l'ovaire qui de 1867 à 1870, se rompit trois fois et fut finalement opéré par Péan, en 1870.

2° *Altérations de nature inflammatoire.*

L'inflammation, dit Quenu (*Des kystes non dermoïdes de l'ovaire*, thèse de Paris, 1881), peut être le résultat de la ponction, de traumatismes quelconques, tels que coups, chutes, etc., de dégénérescence graisseuse, elle peut être due à une torsion du pédicule, à une hémorragie intra-ovarique, à des péritonites antérieures.

Enfin, l'inflammation des parois du kyste et celle de son contenu, c'est-à-dire la suppuration du liquide, sont dans un rapport intime, et toute cause amenant l'une d'elles amènera presque fatalement l'autre.

C'est ainsi que l'état général, l'état puerpéral spécialement, qui ont une influence manifeste sur le contenu des kystes, peuvent être considérés comme une cause d'inflammation de la paroi. On a noté souvent des cas de suppuration du kyste survenus à la suite de la fièvre typhoïde.

Parfois, cette suppuration, au moins dans les kystes volumineux, peut s'accompagner de douleurs, de frissons et de l'appareil fébrile spécial qui révèle la production du pus. Mais beaucoup de kystes d'apparence bénigne sont suppurés, et, ainsi que le fait remarquer Polaillon (*Union médicale*, 1^{er} nov. 1888), dans un très grand nombre de cas, aucun signe, sauf la ponction exploratrice, ne peut faire reconnaître qu'un kyste de l'ovaire est suppuré.

Cette inflammation s'observe souvent dans les kystes dermoïdes.

Lorsqu'elle survient après la ponction évacuatrice ou exploratrice, l'introduction de germes pathogènes ne saurait alors être mise en doute.

Pour Pozzi « des adhérences avec les trompes enflammées ont parfois vraisemblablement permis l'accès des microbes ».

L'inflammation du kyste a encore été attribuée à l'administration du seigle ergoté.

Enfin Weill (Prager, *Med. Wochenschr.*, 1878, p. 43), a cité un cas où la suppuration échappe à toute explication.

La dégénérescence graisseuse, avons-nous dit, peut amener l'inflammation des parois. Autour des plaques jaunes, en effet, le tissu s'enflamme, et il s'agit là, en somme, comme le fait remarquer Quenu, d'une simple

inflammation éliminatrice autour de parties dont la vitalité est compromise.

Nous avons dit aussi que parmi, les causes d'inflammation, il ne fallait pas oublier de citer les péritonites antérieures. Le péritoine, en effet, est presque toujours plus ou moins enflammé, lorsque l'abdomen contient une tumeur.

La péritonite chronique même, fait pour ainsi dire partie du cortège obligé et de la marche de ces tumeurs. Les adhérences si fréquentes que l'on rencontre lorsqu'on pratique une ovariectomie sont dues, pour la plupart, à cette péritonite chronique.

Mais, en dehors de cet état chronique, on observe souvent encore des poussées de péritonite aiguë qui peut retentir sur le kyste et provoquer des lésions de voisinage. Elles sont dues à diverses causes, pouvant elles-mêmes provoquer directement l'inflammation du kyste : la ponction peut être suivie de la pénétration de quelques gouttes de liquide septique dans le péritoine, provoquer une péritonite circonscrite qui, à son tour, retentira sur le kyste, alors que la plaie du trocart était cicatrisée. Il y a une quinzaine d'années, alors que le traitement des kystes de l'ovaire par l'électricité était en honneur, on observait souvent des poussées de péritonite aiguë à la suite de ce traitement.

Péan, en 1867, a opéré une malade atteinte de péritonite aiguë généralisée compliquant un kyste de l'ovaire, qui avait subi un traitement électrique par l'acupuncture, et qui, après chaque séance, présentait des symptômes de péritonite aiguë.

« La coïncidence de la fièvre traumatique chez l'accou-

chée, quelquefois d'une véritable septicémie puerpérale, avec un kyste de l'ovaire qui a été plus ou moins lésé par les violences du travail de l'accouchement, expliquent comment l'inflammation et la suppuration peuvent se produire dans ces circonstances. Parfois même la rupture de la tumeur n'est qu'une complication ultime. » (Nepveu, *Ann. gyn.*, 1875.)

La péritonite puerpérale est un accident qui a à peu près disparu depuis l'application en obstétrique de la méthode antiseptique, mais qui n'est cependant pas absolument inconnu. Dans ce cas, la rupture peut ne se faire qu'au bout d'un certain temps, quelquefois plusieurs mois après l'accouchement; elle est souvent insidieuse, et ses symptômes se confondent alors avec ceux de la péritonite initiale. Nous en rapportons un exemple qui, au mois d'août 1891, a fait l'objet d'une Clinique de M. Schwartz.

En dehors de la suppuration du liquide, la nature du contenu kystique n'est pas non plus sans influence sur l'état de la paroi. C'est ainsi que les kystes dont le liquide a subi la dégénérescence colloïde sont notés par tous les auteurs comme très sujets à la rupture. « Cette matière colloïde est généralement très irritante », dit le D^r Mann.

« Les deux seuls cas de rupture que j'ai vus, dit Douglas (Complications des kystes de l'ovaire, *New-York med-Journ.*, 21 décembre 1889), contenait de la substance colloïde. »

Dans les quatre observations de rupture que nous avons recueillies dans le service de M. le professeur Poncet, et que nous rapportons, deux fois le kyste contenait une matière gélatineuse ou colloïde.

Enfin, les corps étrangers, os, dents, etc., qui sont

parfois contenus dans les kystes peuvent amener un travail ulcératif des parois.

*3° Altérations dues à un état de dégénérescence
ou à un processus nécrobiotique*

« La perforation peut aussi se produire d'après un autre processus et être la conséquence d'une dégénérescence lente survenue dans les parois du kyste. Il y a une accumulation de liquide extraordinaire, les vaisseaux sont comprimés ou oblitérés, l'apport sanguin est diminué, le stroma des parois diminue d'épaisseur et, enfin, survient un processus d'involution. La rupture spontanée en est la conséquence. »

La dégénérescence, ainsi que nous l'avons vu, peut être de nature cancéreuse ou, au contraire, elle peut se traduire par un processus graisseux ou crétacé.

a) La dégénérescence néoplasique se rencontre assez souvent chez les personnes âgées. Chez elles, on a des chances d'avoir affaire à des variétés de cysto-sarcomes, ou de cysto-épithéliomes, qui, s'ils n'entraînent pas prématurément la malade par cachexie ou généralisation, sont très exposés à la rupture.

Dans nos observations II et III, on avait affaire à des tumeurs de cette nature.

Dans une autre ovariectomie que nous avons vue pratiquer par M. le professeur Poncet, le 28 novembre 1891, il s'agissait encore d'un kysto-sarcome avec ascite énorme. La tumeur qui était polykystique présentait en certains points des parois d'une telle minceur qu'il suffisait d'ap-

puyer dessus avec le doigt pour les rompre. Ce kyste était évidemment en imminence de rupture et il eût suffi, si l'opération n'avait pas été pratiquée, d'un léger traumatisme pour amener cet accident.

Les tumeurs papillomateuses sont aussi des terrains favorables aux ruptures. « La membrane interne du kyste dit Thornton, peut donner naissance à des végétations papilliformes ou villeuses. Celles-ci semblent s'accroître lentement, et aussi longtemps qu'elles restent limitées à la cavité kystique, elles ne paraissent pas exercer une influence nocive, mais les kystes qui les contiennent ont une grande tendance à se rompre. Je ne cherche pas à établir que les organes ovariens vrais présentent toujours ou même fréquemment cette sorte de végétation dans leur cavité. Au contraire, dans plus de cent tumeurs que j'ai examinées avec soin, je ne l'ai trouvée que quelquefois, mais je l'ai trouvée dans des tumeurs qui paraissaient être de formation récente, et chez de très jeunes sujets. » (Thornton, *Medical Times and Gazette*, 10 avril 1875.)

Pour M. le professeur Laroyenne, avec qui nous avons eu une conversation sur ce sujet, la rupture du kyste est très souvent produite par une des végétations nombreuses qui se trouvent sur la paroi interne du kyste, et qui, au lieu de proliférer vers l'intérieur du kyste, végètent vers l'extérieur et perforent la paroi, donnant ainsi une petite hémorragie intra-péritonéale et permettant au kyste de déverser son contenu dans le péritoine.

b) La gangrène peut se produire dans les parois du kyste toutes les fois que la vitalité de celui-ci est compromise, mais il faut qu'elle le soit en général assez

brusquement. C'est ainsi que la torsion lente du pédicule amène rarement la gangrène du kyste. La torsion brusque, au contraire, ayant provoqué un arrêt immédiat de la circulation, il en résulte une anémie subite de la tumeur qui ne tarde pas à se sphacéler. La gangrène est parfois localisée, dès le début, dans un des points les moins vasculaires et, quelquefois, sur plusieurs simultanément.

Pour Pozzi, la torsion brusque, lorsqu'elle est cause de gangrène, « amène une mortification subite du néoplasme et des adhérences intestinales ayant servi de voie à l'accès des germes ».

Lawson Tait cite cinq observations; Barnes et le D^r Kidd rapportent, le premier, deux observations; le deuxième, une, de gangrène après torsion du pédicule.

Dans la thèse de Mouls (*De la torsion du pédicule*, thèse de Paris, 1890), on trouve le détail d'un cas de torsion du pédicule au moment de l'accouchement, ayant amené la gangrène et la rupture du kyste, et, consécutivement le développement d'une péritonite mortelle.

c) La torsion lente, au contraire, peut amener la dégénérescence graisseuse ou calcaire du kyste, avec régression partielle, par suite d'une diminution progressive de la nutrition. Rokitansky, Turner, L. Tait en ont cité des exemples.

« La forme de dégénération la plus importante, dit encore Spencer Wells (*loc. cit.*, p. 75), c'est la transformation graisseuse. Il est vrai que c'est la période de modification rétrograde que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer dans ces tumeurs, le premier stade étant un état ischémique du tissu fibreux. Il y a très peu de kystes ovariens où on ne l'ait observée à un certain degré. On trouve par

ci, par là, des plaques jaunes ou brun clair, faisant une légère saillie, formées de dépôts graisseux ou lardacés, contenus dans les cellules du tissu aréolaire. Ce processus débute souvent dans la membrane limitante épithéliale et s'étend aux tissus voisins, envahissant parfois toute l'épaisseur des parois et des cloisons. C'est ainsi que, les cloisons cédant à la pression de leur contenu, de petites cavités arrivent, en se réunissant, à former des kystes volumineux et que l'on observe des ruptures, par le seul fait du ramollissement, de kystes d'une certaine dimension, sans que l'on trouve aucune trace d'ulcération. »

Cette dégénérescence graisseuse s'observe surtout, d'après Quenu, dans les cysto-épithéliomes.

d) « La métamorphose crétacée est la période de dégénération la plus avancée ; elle consiste dans la transformation des dépôts lardacés en une matière calcaire ; cet état est complètement différent de l'ossification. Ce dépôt calcaire s'étend parfois sur une grande partie des parois de certains kystes, qu'il rend rugueuses, inégales, et les expose aux ruptures. Les dépôts plastiques superficiels font saillie à la face péritonéale, et les adhérences qu'ils contractent les préservent temporairement de la rupture. » (Spencer Wells, *Tumeurs des ovaires*, p. 77.)

Mayne cite l'exemple d'une femme qui portait une tumeur ovarique depuis vingt ans, sans le moindre inconvénient, lorsque la terminaison se fit brusquement et mortellement par péritonite. Le kyste avait des parois calcaires, présentant, à un endroit où manquait la matière calcaire, un abcès par perforation.

Ces diverses causes peuvent s'associer entre elles pour amener la rupture. C'est ainsi que nous avons signalé l'altération des parois, favorisant l'action du traumatisme, que nous avons vu le tissu s'enflammer autour des plaques graisseuses.

Toutefois, il ne faudrait pas croire, d'après la multiplicité des causes signalées dans ce chapitre, que la rupture des kystes de l'ovaire s'observe fréquemment. Au contraire, si l'on compare le nombre des cas de rupture signalés au nombre total des kystes de l'ovaire, on voit que c'est un accident relativement rare, puisque Nepveu, dans une statistique très complète des cas publiés jusqu'en 1875, n'a pu en réunir que 127 cas, et que Oronson, qui en a fait une des cas publiés jusqu'en 1882, n'a pu en réunir que 253 cas. (Oronson, *Dissert. inaug.*, Zurich, 1882.)

CHAPITRE II

Symptomatologie et diagnostic

Les symptômes de la rupture des kystes de l'ovaire dépendent du caractère et du siège de la rupture, de la nature du liquide qui s'échappe et de l'abondance de l'hémorragie. Si le liquide n'est pas irritant, et si l'orifice ne permet qu'un écoulement lent, la réaction qui pourra suivre sera faible, si même elle existe. Les symptômes dépendent encore d'une foule de conditions individuelles qu'il serait difficile de préciser ou trop long d'énumérer.

C'est dire que ces symptômes peuvent être très divers et que toutes les ruptures ne se manifesteront pas de la même manière.

Mais, prenons un cas type, un cas où la déchirure se fait brusquement, où des adhérences n'empêchent pas le libre écoulement du liquide, où celui-ci, par conséquent peut se répandre rapidement dans le péritoine.

Dans ce cas, on observe deux sortes de symptômes, des symptômes immédiats et des symptômes consécutifs.

Les premiers sont : une douleur vive, une sensation de déchirure dans le ventre, quelquefois une sensation

bizarre accusée par la malade. C'est ainsi que dans un cas rapporté par Bright (*Guy's hospital reports*), il semblait à la malade que « ses boyaux tournaient ».

En même temps, la face de la malade se grippe et exprime l'angoisse. On observe des menaces de collapsus et, on a même pu voir survenir une syncope mortelle. Tels, les deux cas cités par Spencer Wells.

Au lieu de défaillances, il peut survenir des convulsions, des accès hystériques soudains (Spencer Wells).

En même temps, du côté de l'abdomen, la rupture se manifeste par les signes objectifs suivants.

A l'inspection, on voit que le ventre n'a plus la même forme que précédemment; la tumeur a disparu, et au lieu d'un ventre arrondi, proéminent en avant, on a un ventre déprimé en bateau.

Si l'on palpe l'abdomen, au lieu de sentir une tumeur mobile et d'être arrêté par elle, on ne sent plus de corps résistant, et les parois du ventre sont dépressibles.

En même temps, s'il n'existait pas primitivement d'ascite, on en trouve maintenant tous les signes. S'il en existait déjà, sa quantité est augmentée. La malade étant dans la position horizontale, on a la sensation de flot dans les flancs.

Le liquide, dont la présence se révèle par de la matité à la percussion, occupe les parties déclives, au lieu que les intestins occupent la partie médiane et surtout le pourtour de l'ombilic.

Si l'on imprime des changements de position à la malade, le liquide se déplace et la ligne de niveau est changée.

Tous ces symptômes, on le voit, sont différents de ceux que l'on avait pu constater avant la rupture. A ce moment,

en effet, la sonorité révélant la présence des intestins occupait les flancs, au lieu qu'à la partie antérieure de l'abdomen on trouvait une matité à convexité supérieure. La sensation de flot ne se percevait pas dans les flancs, mais seulement au niveau du kyste.

Tels sont les symptômes observés au moment même de l'accident ; mais quelques-uns d'entre eux ne tardent pas à se modifier par les phénomènes qui vont suivre ou, deviennent difficiles à constater, à cause des douleurs poignantes qui surviennent.

Il est d'ailleurs très rare que le chirurgien se trouve présent au moment même où la rupture se produit.

Si le liquide épanché est très septique, les symptômes de la péritonite aiguë et généralisée ne tardent pas à se déclarer. Ils se distinguent même de ceux de la péritonite ordinaire, en ce qu'ils peuvent survenir beaucoup plus rapidement. Au bout de dix minutes, en effet, on observe parfois déjà des vomissements.

Frissons, douleurs vives se généralisant à tout l'abdomen, exagérées par la toux et la respiration ; nausées et vomissements presque incessants, facies grippé, péritonéal, pouls petit, fréquent et filiforme, température s'élevant rapidement à 40 ou 41 degrés ; ce sont là les symptômes classiques de la péritonite aiguë, sur lesquels il est inutile d'insister.

Le ventre se météorise, devient tendu, refoule le diaphragme, et la dyspnée est extrême.

Le visage se cyanose et la mort peut survenir rapidement, au milieu d'horribles souffrances, au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. On l'a vu survenir après douze heures seulement, et même au bout

de une ou deux heures, ainsi que Nepveu en rapporte plusieurs exemples.

Mais c'est là une description qui, ainsi que nous l'avons dit, représente un cas type, où la rupture est brusque, l'épanchement rapide, abondant et de nature septique, et qui est loin de répondre à la généralité des faits.

On observe des variations très grandes, aussi bien dans les phénomènes du début que dans les phénomènes consécutifs.

Des villosités, des adhérences, peuvent empêcher le libre écoulement du liquide. Ce dernier peut ne pas être irritant; le péritoine enfin peut ne pas réagir.

C'est ainsi que les phénomènes initiaux peuvent être si légers qu'ils passent inaperçus, aussi bien de la malade que du médecin. Combien de fois trouve-t-on en pratiquant l'ovariotomie une rupture que rien ne faisait prévoir. Il en était ainsi notamment dans les observations I et II relatives à des opérées de M. le professeur Poncet.

Ou bien ces symptômes du début sont vagues et ne ressemblent en rien à cette douleur vive, à cette sensation de déchirure que nous avons signalées. L'observation de MM. Laroyenne et Soller (obs. V), en est un bel exemple. « Depuis dix-huit mois, dit l'observation, la malade ressent de temps en temps des douleurs de ventre, qui ont toujours été en augmentant d'intensité et de fréquence; ces douleurs sont plus vives depuis trois mois, il y a huit jours surtout, elles ont acquis une acuité considérable, empêchant le sommeil et tout repos. »

Ces douleurs appartenaient-elles à des poussées de péritonite; les dernières, plus vives, étaient-elles dues à la rupture du kyste, il serait impossible de le dire.

Peut-être, ce cas ressemble-t-il à quelques autres signalés par Dance, Briquet, etc., dans lesquels la perforation a été précédée par des phénomènes inflammatoires plus ou moins intenses. « Dans ces cas, dit Nepveu, des douleurs localisées plus ou moins vives ont précédé la rupture même, et au moment où celle-ci s'est produite, des douleurs poignantes ont éclaté dans le bas-ventre. Les douleurs qui précèdent la rupture ont duré quatre à cinq jours (Crisp), une trentaine de jours (Rickards). »

Dans d'autres cas, plus rares, les accidents se localisent d'abord pour se généraliser ensuite, aussi la durée de la péritonite est-elle beaucoup plus longue.

La péritonite peut même rester localisée, lorsqu'une faible quantité de liquide s'écoule, par exemple lorsque dans un kyste multiloculaire une petite poche se rompt, ou lorsque ses adhérences forment une barrière à l'infection. On a alors des phénomènes beaucoup moins accentués que ceux décrits précédemment : douleur moins vive, léger ballonnement du ventre, quelques vomissements et une température presque normale.

D'autres fois, la rupture peut être diagnostiquée au moment où elle se produit, mais les symptômes réactionnels du côté du péritoine font défaut. On constate simplement la disparition de la tumeur que l'on avait diagnostiquée avant l'accident. La saillie que présentait l'abdomen auparavant n'existe plus et, au lieu d'une fluctuation limitée, on a tous les caractères d'une ascite ordinaire.

Assez souvent il survient, deux ou trois jours après la rupture, des mixtions abondantes qui durent quelques jours seulement.

M^{me} Waite en rapporte un cas très curieux (M^{me} Waite. Th. de Paris, p. 106).

Il s'agit d'une femme qui avait fait une chute sur un meuble en traversant sa chambre. « Immédiatement, elle éprouva une légère tendance à la syncope, mais le lendemain elle se portait bien. Le surlendemain, elle eut quelques frissons et elle commençait à avoir de la douleur dans le ventre... Elle ne paraît pas avoir présenté de phénomènes inflammatoires très marqués.

« Le dixième ou le douzième jour après sa chute, elle commençait à rendre par l'urètre des quantités considérables de liquide. Elle rendait à peu près la valeur d'un vase de chambre en trois heures, et ceci pendant huit ou dix jours. Au bout de ce temps, l'abdomen était redevenu, selon l'expression de la malade, aussi petit qu'auparavant.

« Il est probable, ajoute M^{me} Waite, que l'absorption du liquide par le péritoine et son évacuation consécutive par les reins n'a lieu, au moins d'une manière appréciable, que quand le liquide épanché est séreux. Dans un cas où le liquide était de substance colloïde, il a été expressément noté qu'il n'y a pas eu de diurèse consécutive. » Dans l'observation de Küstner, dont nous allons parler, les urines étaient très rares.

Dans un cas de Laënnec, on trouve signalée une salivation profonde.

Un signe plus curieux, rencontré par Küstner, est la peptonurie, (Kustner, Peptonurie bei geborstener Ovarialcyste; *Centr. fur Gyn.*, 1884, n° 47.)

« Après, dit cet auteur, que par l'intéressant travail de Jaksch il a été établi que la peptonurie se rencontre

dans toutes les maladies dans lesquelles de grands épanchements pathologiques sont résorbés, la présence de la peptonurie est devenue un signe de diagnostic remarquable. Le cas suivant, qui en est un exemple, peut être surtout intéressant pour les gynécologues et enrichit en même temps le travail de Jaksch. »

L'observation est celle d'une malade qui entra dans son service le 22 juillet 1884, en se plaignant de vomissements abondants, de perte d'appétit et de gonflement de l'abdomen. Cette femme était porteuse d'un kyste de l'ovaire, et, après anesthésie par le chloroforme, Küstner reconnut à n'en pas douter les symptômes d'une rupture de ce kyste dans le péritoine.

« Les urines de ce jour et du lendemain s'élevèrent en tout à 300 grammes. M. le Dr Schleicher, attaché au laboratoire de Clinique médicale, constatait à l'examen clinique la réaction des peptones, faible mais indubitable. L'urine donna une réaction plus sensible le jour suivant, par conséquent le troisième jour après la rupture. La recherche fut faite suivant le procédé de Hoffmeister qui précipite au moyen de l'acide phosphorique, puis découvre au moyen de la réaction du biuret les peptones mis en liberté dans le précipité.

« Comme la malade n'avait pas de fièvre après la rupture et ne souffrait que de ses douleurs de ventre qui, d'ailleurs, étaient combattues héroïquement par l'opium, je ne voyais pas la nécessité de faire aussitôt la laparomie. »

Cette opération ne fut pratiquée que le 30 juillet. Le diagnostic de rupture du kyste fut confirmé. On trouva un kyste de l'ovaire gauche contenant un liquide ressemblant

à du chocolat et des caillots sanguins ; un liquide de même nature se trouvait dans le péritoine.

L'analyse des urines faite le 1^{er} août, c'est-à-dire le troisième jour après la laparotomie ne donna plus aucune trace de peptones.

La réaction employée est très sensible ; comme malgré cela elle n'avait décelé qu'une faible quantité de peptones dans les urines, l'auteur en conclut que, en dépit des grandes quantités de peptones répandues dans le péritoine, les vaisseaux de cette séreuse n'en avaient absorbé qu'une faible partie.

Telle est, en résumé, l'observation de Küstner ; nous n'avons pu trouver d'autres faits du même genre ; aussi, de nouvelles recherches sur ce sujet sont-elles nécessaires et ne pouvons-nous nous prononcer sur la valeur de ce symptôme.

Nous avons dit que, dans le cas de péritonite aiguë consécutive à la rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine, la mort était souvent très rapide, parfois même presque foudroyante.

Dans un certain nombre de ruptures cependant, même lorsque la péritonite en a été la conséquence, on a vu, ainsi que nous le montrerons à propos du pronostic, la guérison survenir. « Les symptômes durent alors avec toute leur intensité pendant un nombre variable de jours, huit à quinze habituellement, la malade oscillant, pour ainsi dire, entre la vie et la mort ; puis le mode chronique s'établit : des adhérences de toute nature s'organisent, des perforations spontanées se forment par un processus ulcératif et, trop souvent, la terminaison fatale n'est que différée, amenée qu'elle est par

l'affaiblissement progressif et l'hecticité. » (Hue, *loco citato*, p. 33.)

Après avoir passé ainsi en revue les divers symptômes de la rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine, il nous reste à voir sur quels signes on s'appuiera pour faire le diagnostic de cet accident, si ce diagnostic est toujours possible, et s'il existe d'autres complications qui pourraient en imposer pour une rupture.

Lorsqu'une femme se présente à vous avec les signes d'une péritonite aiguë survenue brusquement, de l'ascite, et que les commémoratifs vous apprennent la disparition d'une tumeur qui existait dans le ventre, disparition accompagnée d'une douleur brusque et de menaces de collapsus, il n'y a pas de doute à avoir, le diagnostic de rupture d'un kyste de l'ovaire s'impose. Si vous connaissez déjà la malade avant que cette complication ne fût survenue, le diagnostic est encore beaucoup plus facile.

Il en sera de même, si, en l'absence du développement d'une péritonite aiguë, vous constatez ou apprenez qu'une tumeur s'est affaissée, qu'une ascite est apparue, en même temps que la malade prenait une syncope ou ressentait une douleur vive dans le ventre.

Enfin, chez une malade atteinte de péritonite chronique, avec ou sans frottements péritonéaux, d'ascite plus ou moins considérable, et qui vient vous consulter longtemps après le début des accidents, si les commémoratifs sont les mêmes que dans les cas précédents, c'est encore à la rupture d'un kyste de l'ovaire qu'il faut attribuer les symptômes observés, alors même que vous constatez la présence d'un kyste ovarien, car celui-ci a eu le temps de se reformer.

Mais la forme du ventre peut ne pas avoir sensiblement changé, même lorsqu'on voit la malade aussitôt après le début des accidents. C'est lorsque, dans un kyste multiloculaire, par exemple, une seule poche s'est rompue. De même, on sait que la variété de kystes dite uniloculaire n'existe pas anatomiquement, et l'une des petites cavités secondaires aura pu s'ouvrir. La péritonite peut néanmoins dans ces cas être très rapidement généralisée. Toutefois, la poche rompue pouvait être superficielle et avoir été diagnostiquée avant l'accident. C'est ainsi que Gallard avait pu s'apercevoir de la disparition d'une de ces poches chez une femme présentant des signes de rupture de son kyste et qui avait déjà eu le même accident cinq mois auparavant.

D'ailleurs, la poche rompue, tout en étant une poche secondaire, pouvait être suffisante pour donner lieu à l'apparition brusque d'une ascite, et là encore, on reconnaît l'origine des symptômes observés.

Mais le diagnostic présente quelquefois de sérieuses difficultés. Les symptômes du début peuvent manquer en même temps que les phénomènes réactionnels, ou bien la péritonite peut s'établir d'une façon lente et insidieuse, et la déchirure des parois du kyste peut être une surprise pour le chirurgien au moment de l'ovariotomie. Il en a été ainsi notamment, dans nos observations I, II et XII et dans celle de MM. Laroyenne et Soller.

Le diagnostic peut encore être difficile dans les cas de kyste colloïde, ainsi que le fait remarquer Mathews Duncan.

« Le liquide qui provient du kyste rupturé se trouve ordinairement libre au milieu de la masse intestinale,

mais ceci n'arrive pas toujours, et sa diffusion peut être limitée par d'anciennes adhérences, ou bien il peut être tellement visqueux qu'il ne peut pas se répandre dans la cavité abdominale et qu'il déplace, au contraire, les intestins, comme s'il était lui-même une tumeur... Le diagnostic peut ainsi devenir difficile ou même impossible, surtout si l'histoire du cas n'est pas connue. Mais avec une histoire complète, il sera le plus souvent facile, car dans ce cas, le liquide qui est libre dans l'abdomen ne sera pas pris pour une ascite ou pour un épanchement dû à une péritonite chronique, erreurs qu'on pourrait facilement commettre en l'absence de commémoratifs. » (Mathews Duncan, *Clinical lectures on diseases of Women*, leçon 18).

Existe-t-il d'autres complications ou d'autres états pathologiques pouvant en imposer pour une rupture d'un kyste de l'ovaire dans le péritoine?

Barnes, chez une femme enceinte atteinte d'un kyste de l'ovaire, a confondu la torsion suivie d'accidents avec la rupture du kyste, mais, dans la rupture, on observe l'affaissement de la tumeur, au lieu d'une augmentation de son volume et de sa fixité. En outre, lorsqu'il se produit une rupture, il y a presque toujours apparition d'une péritonite aiguë, ce qui est très rare dans la torsion du pédicule. De plus, dans ce dernier cas, ainsi qu'il ressort de deux observations publiées par Moulz (*loc. cit.* obs. I et II), on trouve un bruit de souffle manifeste au niveau du pédicule et un choc systolique qui se communique à toute la tumeur et lui imprime des ondulations.

Mais, ainsi que le fait remarquer le même auteur « l'erreur que l'on pourrait commettre en prenant la

torsion pour la rupture ou la rupture pour la torsion, n'a d'ailleurs aucune importance, puisque dans les deux cas la laparotomie s'impose ».

Peut-on confondre avec une rupture une hémorragie se produisant dans un de ces kystes sanguins appelés par E. Boeckel, kystes ménorragiques?

L'apoplexie ovarienne, en effet, a quelques symptômes communs avec la rupture. On observe une douleur plus ou moins vive localisée généralement à l'un des côtés du ventre, souvent des phénomènes de péritonite circonscrite se traduisant par des nausées, des vomissements, du ballonnement du ventre, de la fièvre, un pouls petit, filiforme, rapide, etc.

Mais là s'arrêtent les analogies, car, si le kyste sanguin ne se rompt pas, la tumeur, au lieu de s'affaïsser, augmente de volume, devient dure et tendue. De plus, la douleur, dans ces hémorragies ovariennes, survient au moment des règles, et les mêmes phénomènes se répètent généralement à chaque période menstruelle. Enfin, ce sont là des accidents rares.

Après l'accouchement, on peut prendre la rupture du kyste pour une péritonite puerpérale. C'est ainsi que la malade de M. Schwartz avait été soignée pendant deux mois pour cette affection dans le service du professeur Potain. Néanmoins, on pourra souvent, en palpant l'abdomen, constater la disparition de la tumeur. Le diagnostic est plus difficile si on ne voit la malade que longtemps après l'accident.

Enfin, dans le cas où des mictions abondantes suivent l'épanchement du liquide kystique dans le péritoine, on pourrait croire que la rupture s'est faite dans la vessie.

Mais, s'il s'agit d'une rupture intra-péritonéale, la polyurie ne se manifeste que deux ou trois jours, quelquefois plus longtemps après le début des accidents. Au contraire, si le kyste s'est ouvert dans la vessie, il sort aussitôt ou presque aussitôt par l'urètre de grandes quantités de liquide. De plus, ce liquide est analogue à celui que contenait la tumeur, au lieu que dans le premier cas, on a simplement affaire à de la polyurie.

Quant aux poussées de péritonite qui accompagnent souvent les kystes de l'ovaire et qui donnent lieu à la formation des adhérences, elles ne s'accompagnent pas des signes physiques de la rupture, se traduisent par une douleur moins vive et les symptômes ne durent en général que quelques jours.

En résumé, le diagnostic de la rupture des kystes de l'ovaire est généralement possible, assez souvent même il est facile. Pour certains chirurgiens, il existerait même parfois des signes permettant de la prévoir à l'avance. C'est ainsi que d'après Hugues Bennet, la rupture devrait être prévue chaque fois que le kyste est le siège de douleurs vives dues à un travail ulcératif. Mais, nous ne sachons pas que cet accident ait été souvent prévu.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Nous n'avons pas l'intention de traiter ce chapitre en détail. Nous ne pourrions, en effet, que rééditer ce que disent tous les ouvrages classiques sur la péritonite aiguë ou chronique, ou ce que l'on trouve, dans des monographies très bien faites, sur la structure des kystes de l'ovaire ou la nature du liquide qu'ils contiennent. }

Nous ne ferons qu'énumérer les principales lésions trouvées à l'autopsie ou dans le cours d'une ovariectomie.

A l'ouverture de l'abdomen, la première chose qui frappe les yeux est l'issue d'un flot de liquide s'échappant de la cavité péritonéale. Ce liquide est analogue à celui du kyste dont il provient et peut en présenter toutes les variétés, c'est-à-dire qu'il est séreux, purulent, hémattique, gélatineux ou colloïde, etc.

Sa quantité peut varier depuis 200 grammes jusqu'à 25 ou 30 kilogrammes.

Parfois, il est incolore ou jaune laiteux ; plus souvent il a une couleur jaune ou grisâtre. « Assez fréquemment aussi, dit le Dr Méhu, du sang s'ajoute au liquide ovarique

et lui communique une teinte rouge s'il est récemment sorti de ses vaisseaux, et brune si ce sang a longtemps séjourné dans la cavité kystique. C'est à la présence de ce sang très anciennement épanché qu'il faut attribuer la coloration chocolat ou café torréfié de quelques liquides ovariens. Quelques liquides ont la teinte jaune rhubarbe, ou jaune verdâtre, ou tout à fait verdâtre, qui décèle la présence des pigments biliaires..... Enfin, mais plus rarement, on observe dans ces liquides une opalescence et un dichroïsme intenses.

« Ils offrent diverses consistances : les uns sont presque aussi fluides que l'eau, d'autres ont la consistance bien connue du sérum du sang ou des liquides ordinaires de l'hydrocèle de la tunique vaginale ; d'autres enfin sont de consistance huileuse, à la façon de beaucoup de liquides ascitiques qui ont longtemps séjourné dans la cavité péritonéale. Beaucoup de ces liquides sont filants, c'est-à-dire ne peuvent pas s'écouler goutte à goutte.

« Cette consistance peut devenir telle que la masse demi-liquide se laisse soulever avec la main comme un corps demi-solide. » (D^r Méhu. Étude sur les liquides extraits des kystes ovariens. *Archives générales de médecine*, septembre 1881.)

La consistance du liquide peut être celle de la gelée de pommes. Notre observation II en est un bel exemple. Elle peut même augmenter encore et devenir presque solide, analogue à celle de la colle forte, ainsi que M. le professeur agrégé Chandelux en a observé un cas il y a quelques années.

Enfin, le liquide contient souvent des végétations et des débris provenant de la paroi interne du kyste,

il est souvent mélangé à des grumeaux et à un liquide blanchâtre caractéristique de la péritonite.

Le péritoine pariétal, qui présente des lésions en général plus prononcées que le péritoine viscéral, est induré, épaissi, granuleux, rouge, injecté et couvert de fausses membranes.

Il en est de même des intestins, qui sont aussi injectés et agglutinés entre eux par des exsudats fibrineux; très souvent ils sont réunis au kyste par des adhérences plus ou moins solides, surtout si la rupture est déjà ancienne. Ils sont parsemés de granulations, distendus par des gaz et tendent à venir faire hernie en dehors de la cavité abdominale.

L'épiploon est injecté et épaissi.

En dehors des lésions inflammatoires, on trouve parfois, sur les intestins et surtout sur la séreuse, des altérations d'une autre nature sur lesquelles nous nous arrêterons un instant, parce qu'elles nous intéresseront au point de vue du pronostic.

Nous voulons parler de la généralisation de certaines tumeurs kystiques se traduisant par la présence, sur le péritoine pariétal principalement, de papillomes, de petits kystes ayant parfois la plus grande ressemblance avec le kyste rompu. Ces lésions se remarquent surtout lorsqu'on ouvre la cavité abdominale longtemps après la déchirure des parois du kyste.

On en trouvera de nombreux exemples dans la thèse de M^{me} Waite (*Sur la rupture des kystes de l'ovaire*, Th. de Paris, 1883).

Dans notre observation II, qui a trait à une ovariotomie pratiquée par M. le professeur Poncet, ces lésions

étaient poussées très loin. Le péritoine était recouvert de grumeaux analogues à de petits kystes et semblant indiquer une généralisation de la tumeur à cette séreuse.

On trouvait, en outre, un vaste gâteau épais de 1 centimètre environ, situé à la partie antérieure de l'abdomen, adhérent à l'intestin grêle et semblant être l'épiploon épaissi et envahi par le néoplasme.

« Dans une de mes ovariectomies, dit Polaillon (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 août 1889), j'ai rencontré un kyste rompu, dont le contenu mixomateux avait continué à vivre et à proliférer au milieu des anses intestinales, sans troubler les fonctions des viscères abdominaux. Il s'agissait, dans ce cas, de la greffe véritable d'un produit pathologique sur la séreuse péritonéale et de la prolifération de ce produit pathologique en dehors de son kyste d'origine. Le ventre avait acquis un volume énorme. Une ponction avait donné un peu de substance gélatineuse. Rien n'indiquait qu'on avait affaire à un épanchement de kyste ovarique rompu. L'opération fut extrêmement laborieuse, parce qu'il fallut non seulement extraire le kyste, mais encore nettoyer l'intestin et le péritoine des masses mixomateuses qui leur adhéraient. »

Toutes ces productions, selon la remarque de Thornton, sont toujours moins nombreuses sur la surface des intestins, et plus nombreuses dans les culs-de-sac antérieur et postérieur. En d'autres termes, elles sont plus nombreuses dans les endroits dans lesquels le liquide ovarien tend naturellement à s'accumuler et où il est peu dérangé. On les trouve beaucoup plus souvent sur l'épiploon et sur le mésentère que sur le péritoine intestinal

ou pariétal, les inégalités des surfaces, dans les premiers cas, offrant un logement plus commode pour les cellules (Thornton, *Transactions of the Pathological Society*, t. XXVIII, 1877).

Sur la face externe du kyste, on trouve des lésions de même nature que celles rencontrées sur le péritoine ou les intestins. Les parois de la tumeur sont rouges, très vascularisées et recouvertes de fausses membranes fibrineuses ou fibrino-purulentes. Des adhérences plus ou moins solides ne tardent pas à se former avec les anses intestinales.

Quant à la structure intime du kyste, elle n'est pas spéciale à la rupture de celui-ci.

Nous avons vu d'ailleurs, à propos de l'étiologie que les kystes rupturés, sont par ordre de fréquence les kystes dermoïdes, multiloculaires et enfin uniloculaires.

Nous nous sommes arrêtés aussi sur les lésions favorisant la déchirure des parois, et nous avons vu qu'elles étaient de nature cicatricielle, gangreneuse, inflammatoire, ou d'ordre dégénératif. Nous avons fait remarquer que la dégénérescence graisseuse était peut-être la plus importante au point de vue étiologique, et qu'elle se manifestait sous forme de plaques jaunes entourées d'une auréole inflammatoire.

Parfois, cependant, on croit avoir affaire à de la dégénérescence graisseuse, à un examen sommaire, alors qu'à un examen microscopique on reconnaît que les plaques jaunes observées ne contiennent pas de graisse.

« Dans l'observation CLIII, dit Spencer Wells (*loc. cit.*, p. 76), on enleva chez une jeune fille un kyste ovarien multiloculaire dont le développement avait été très rapide, les

parois présentaient plusieurs plaques irrégulières d'une couleur jaune foncée ou brunâtre. Examinées au microscope, on constata que ces plaques étaient constituées surtout par du tissu fibreux blanchâtre, mais qu'on ne distinguait aucune trace de graisse. La coloration résultait probablement de l'absence de vascularisation, car les plaques avaient cessé de recevoir tout apport sanguin, par suite de l'oblitération plus ou moins complète des vaisseaux par des caillots. L'absence de vascularisation des plaques était due à la congestion des vaisseaux du voisinage, qui aboutissait à la rupture et à l'extravasation. Toute la paroi kystique présentait une belle injection sanguine, c'était seulement dans le voisinage des plaques que l'on observait de l'extravasation. Les points où celle-ci s'était produite formaient deux lignes de circonvallation.

.
« Les vaisseaux qui se rendaient à la circonvallation externe, étaient nombreux et d'un certain volume, ceux qui aboutissaient à la circonvallation interne étaient petits et peu nombreux.

On peut diviser les plaques entourées de leurs lignes de circonvallation en trois zones :

1° Zone où les vaisseaux étaient nombreux et volumineux et où l'on voyait épanchée une grande quantité de sang d'un rouge éclatant ;

2° Zone où les vaisseaux étaient petits et en partie vides et où l'épanchement était moins distinct et moins coloré ;

3° Zone où l'on ne peut découvrir que des vestiges de vaisseaux et où l'on ne peut apercevoir aucun épanchement.

Cette dernière zone était d'un jaune foncé, tirant sur le brun foncé et tranchait sur la teinte délicate de la seconde.

On a décrit ces nuances d'après l'aspect qu'elles présentaient sur la face interne de la paroi kystique.

La portion de la paroi kystique qui correspondait à la zone non vasculaire avait une épaisseur variable et arrivait souvent jusqu'à l'extrême minceur, et quand la rupture a lieu, c'est dans les points indiqués qu'elle se produit. »

La déchirure siège le plus souvent à la partie supérieure du kyste, ou encore sur les côtés. Mais on l'a observée en beaucoup d'autres endroits, et, en principe, elle peut se faire en un point quelconque de la paroi.

Elle est parfois à peine visible et cachée entre les végétations. Si le kyste est multiloculaire, elle peut ne siéger que sur un des kystes; s'il est uniloculaire, dans le sens attribué à ce mot, c'est-à-dire ayant une poche principale sur laquelle sont venues se greffer de petites poches secondaires, la déchirure peut siéger sur une de ces petites poches.

Ses dimensions sont assez variables. Le Dr Gaillard Thomas, à propos d'une ovariectomie qu'il avait pratiquée, dit avoir été très étonné de voir qu'un kyste qui s'était évacué trois fois dans la cavité abdominale et qui, au moment de l'opération était presque vide, avait des parois très épaisses et ne présentait qu'une petite ouverture, des dimensions qu'aurait celle qu'on ferait avec une aiguille à tricoter (*Transact. of the Obstetric. Society of New-York*, séance du 7 mai 1878).

Dans une observation du Dr Cleeman, l'orifice n'était pas plus grand que la pointe d'une épingle.

En général, la déchirure est étoilée et peut admettre l'extrémité d'un porte-plume ordinaire.

Enfin, on peut observer plusieurs déchirures sur un même kyste.

CHAPITRE IV

Pronostic.

En voyant l'énumération des symptômes qui succèdent à la rupture spontanée des kystes de l'ovaire, on a déjà pu pressentir que le pronostic ne sera pas le même pour tous les cas.

C'est ainsi que, à côté de ruptures amenant une mort subite, on en voit d'autres qui sont un mode de guérison des kystes de l'ovaire. A une certaine époque même, alors qu'on n'opérait pas les kystes de l'ovaire, on regardait l'ouverture de ceux-ci comme une terminaison relativement heureuse, et l'on était allé jusqu'à proposer et à exécuter la section sous-cutanée de ces tumeurs.

D'après Pozzi (*loc. cit.*, p. 740), « la rupture des petits kystes dus à l'hydropisie folliculaire paraît être un fait assez fréquent et sans grande conséquence ; elle peut se faire par déhiscence spontanée. Toutefois, ajoute-t-il, si ces kystes ont été le siège d'une hémorragie, leur rupture peut provoquer un épanchement sanguin plus ou moins grave dans le péritoine. C'est peut-être là l'origine de certaines hématoécèles pelviennes ».

La rupture n'amène pas fatalement la péritonite ; ou au moins elle peut, dans certains cas, n'amener qu'une péritonite localisée, des adhérences se formant très rapidement. C'est même là un moyen de défense pour le péritoine. C'est ainsi que se limitent certains épanchements de sang à la suite de traumatismes, qu'il se forme parfois une péritonite circonscrite à la suite de ruptures de l'intestin.

Des adhérences anciennes peuvent produire le même résultat.

Nous avons vu que les tumeurs papillomateuses sont très exposées aux ruptures. Quelquefois dans ces cas le danger n'est pas grand, parce que les villosités empêchent le libre écoulement du liquide.

Enfin, des inflammations anciennes peuvent empêcher le péritoine d'absorber comme il le fait à l'état normal.

Malgré ces restrictions, le pronostic de la rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine est loin d'être rassurant.

Nous voyons, en effet, dans la statistique de Nepveu (*Annales de gynécologie*, 1875), que la mort est la conséquence de cet accident dans la moitié des cas, lorsque la rupture est abandonnée à elle-même.

Sur 127 cas qu'il a réunis, il y a eu 63 morts.

« Dans 22 observations où j'ai pu trouver une désignation de la durée des accidents, dit-il, j'ai trouvé 6 cas de mort subite. »

Dans 8 faits, la mort a été rapide, c'est-à-dire variant de douze heures à quatre jours.

« Dans le reste de ces 22 faits, la péritonite n'a pas dépassé douze jours.

« Comme complication bizarre et exceptionnelle dans l'histoire de ces kystes, il faut citer le pincement des anses intestinales dans l'orifice du kyste (Danville). »

La guérison a été observée dans les 64 autres cas, mais cette guérison n'a été qu'incomplète dans 21 cas où l'on a observé des réapparitions du kyste; sur ces 21 cas, 7 fois on a observé une nouvelle rupture et 1 fois une troisième.

2 malades moururent de péritonite à la seconde rupture.

Il n'y a donc eu que 43 cas de guérison à peu près complète.

Enfin « la plupart des malades ne sont arrivés à la guérison qu'à travers les accidents plus ou moins graves de la péritonite ».

La gravité de la rupture spontanée des kystes de l'ovaire est subordonnée, cela va sans dire, aux caractères du liquide épanché dans la cavité péritonéale. Suivant les qualités plus ou moins infectieuses de ce liquide, comme nous l'avons souvent entendu dire à M. Poncet, suivant son abondance, etc., la péritonite consécutive pourra être ou non généralisée et parfois s'accompagner d'accidents rapidement mortels. Ces dangers de l'épanchement des liquides kystiques dans le péritoine trouvent d'une façon complète leur explication dans les accidents de péritonite infectieuse que l'on peut observer dans des ovariectomies, lorsque des liquides appartenant à ces tumeurs de l'ovaire tombent dans la séreuse péritonéale et sont restés en contact avec elle pendant un certain temps.

Nous avons été témoin, dans le service de M. le professeur Poncet, d'une infection de ce genre survenue,

malgré toutes les précautions prises, par l'écoulement dans le péritoine d'un peu de liquide, dans le cours de l'extirpation de deux kystes de l'ovaire. Il s'agissait d'un double kyste ovarique, chacun du volume d'une tête, développé chez une jeune femme, dans l'épaisseur des ligaments larges. Les poches étant très tendues, dans la crainte qu'au moment de la ponction un peu de liquide ne vînt en contact avec le péritoine, les deux kystes furent amenés au dehors pour être ponctionnés. Malgré ces précautions, un peu de liquide blanc jaunâtre appartenant au kyste, et d'apparence séro-purulente, pénétra dans l'excavation pelvienne. Avec des tampons aseptiques, on pratiqua immédiatement la désinfection; on enleva avec grand soin le liquide et le ventre ne fut refermé qu'après une toilette parfaite. Une péritonite septique survint dans les vingt-quatre premières heures. M. Poncet l'attribue au liquide qui avait été en contact en petite quantité et pendant quelques instants seulement avec le péritoine. L'examen bactériologique de ce liquide ovarique a, en effet, démontré entre les mains de M. Dor, chef du laboratoire de la Clinique chirurgicale, qu'il était extrêmement riche en germes. Quelques gouttes, dès le lendemain de leur ensemencement, avaient troublé le bouillon de culture.

La statistique de Nepveu nous fournit encore des renseignements sur la valeur du liquide au point de vue du pronostic.

« Dans quarante-neuf cas seulement, la nature du liquide a été désignée. Sur ce nombre total, il y a eu quatre guérisons, et toutes pour des épanchements de sérosité dans la cavité péritonéale. »

Lorsqu'il s'agissait de pus caséeux, la mort a suivi de près la perforation, vingt-quatre heures en moyenne. Dans les cas de pus mêlé au sérum, la mort est survenue de douze heures à sept jours après l'accident. Il y a même eu une mort subite.

Sur 7 cas de liquide séreux, 4 guérisons.

Dans 4 cas de cysto-sarcomes, 4 morts. Tous les chirurgiens ont signalé le contenu de ces kystes comme très irritant.

D'après Nepveu, le liquide des kystes à contenu gélatineux serait très funeste. Tel n'est pas l'avis de M. le professeur Poncet. Sur quatre ovariectomies pour rupture de kystes de l'ovaire dans le péritoine qu'il a pratiquées depuis le mois de septembre dernier, deux fois le contenu du kyste était gélatineux ou colloïde. Dans l'observation I, on ne trouva pas à l'examen clinique de symptômes de péritonite; ce n'est qu'à l'ouverture du péritoine qu'on trouva celui-ci rouge et villeux. Dans l'observation II, on n'observait aucune réaction de la part de la séreuse.

Il en était de même dans l'observation XII.

Dans un article de Douglas sur les « Complications des kystes de l'ovaire », paru dans le *New-York medical Journal*, du 21 décembre 1889, nous relevons le passage suivant : « Les deux seuls exemples de ruptures de kystes que j'ai vus contenaient une substance colloïde. Dans aucun de ces deux cas, la rupture n'était annoncée par des symptômes suffisants de diagnostic. Un de ces cas s'est présenté dans le service de M. Meredith à The Samaritan Hospital de Londres. Le péritoine, les intestins, le foie et la rate étaient complètement couverts de matière colloïde. Le kyste s'était certainement rupturé quelque temps

auparavant. Cependant, il n'y avait aucun symptôme de péritonite. C'était un cas extrêmement difficile à opérer. Une quantité de substance colloïde fut laissée en arrière, bien qu'on fit une irrigation. On ne fit pas de drainage. La malade revint sans complication. »

Dans tous les cas de kystes hydatiques et de kystes dermoïdes signalés par Nepveu, la mort a été la conséquence de la rupture.

Toutefois, il est bon de remarquer que cette statistique ne donne pas une idée très exacte de l'importance qu'il faut attribuer à la nature du liquide, parce que, dans les cas dont parle Nepveu, le liquide n'a guère été examiné que dans les ruptures suivies d'autopsie.

« En résumé, dit Nepveu, la rupture des kystes renfermant des liquides purulents, du sang un peu vieilli, des liquides gélatineux, des corps étrangers (kystes dermoïdes), a été chaque fois suivie d'accidents funestes, Les kystes séreux seuls ont une innocuité relative. »

La variété anatomique du kyste rupturé a aussi son importance au point de vue du pronostic.

La rupture des kystes dermoïdes, par exemple, est plus dangereuse que celle des kystes multiloculaires; celle de ces derniers plus à craindre que celle des kystes uniloculaires.

Toutefois, il ne faut pas pousser trop loin l'innocuité de ceux-ci. On admettait autrefois que le liquide des kystes uniloculaires est, en général doux et non irritant, tandis que le contenu des kystes multiloculaires serait extrêmement aigre et même d'une action corrosive sur l'acier.

Or, on a observé des cas de mort très rapide à la suite de la rupture de kystes uniloculaires, au lieu que la gué-

riaison pouvait survenir après qu'un kyste multiloculaire s'était rompu.

La rupture des kystes ménorragiques semble être très grave : « Ou bien c'est la mort en quelques heures par hémorragie interne, ou en quelques jours par hémorragie et péritonite, ou bien c'est l'hématocèle pelvienne avec tous ses dangers. » (Rollin, *Des hémorragies de l'ovaire*, th de Paris, 1889.)

Enfin, la nature des altérations des parois apporte aussi parfois son contingent de gravité.

Si la rupture survient à la suite de la gangrène des parois du kyste, le pronostic doit être plus sévère. La mort peut être si rapide qu'elle semble due à une véritable intoxication par résorption des liquides morbides, ou bien elle est précédée des symptômes d'une péritonite aiguë.

Mais, si l'on étudie de près les malades qui ont survécu à la rupture de leur kyste, on voit que le pronostic s'assombrit encore et que, en outre des accidents mortels qu'elle provoque dans la moitié des cas, la rupture est encore dangereuse au point de vue des complications qu'elle entraîne souvent.

La plupart des malades, avons-nous dit, n'arrivent à la guérison qu'après avoir présenté des symptômes plus ou moins graves de péritonite ; ce qui fait que la formation d'adhérences est presque fatale,

Nous avons vu qu'une première rupture prédispose à des ruptures répétées. Tel l'exemple de Reuss, dont nous avons déjà parlé, qui observa dix-sept ruptures d'un même kyste.

Le Dr Foster Jenkins (*Americ. Journ. of. Obstétrics*,

1881), rapporte l'histoire d'une malade dont le kyste s'est rupturé environ cinquante fois dans l'espace de quinze ans. Un autre chirurgien, le D^r Meredith, parle de trente-quatre ruptures d'un même kyste en huit ans.

Or, ainsi que le fait justement remarquer M^{me} Waite (*loc. cit.* p. 133) « la répétition de la rupture, surtout si elle a lieu un grand nombre de fois, doit être considérée comme une chose défavorable, non seulement au point de vue de la quantité énorme de liquide sécrété, ce qui constitue une cause d'épuisement pour l'organisme, malgré les faits qui ont été observés où cette sécrétion, même très exagérée, n'a pas semblé porter atteinte à la santé générale, mais aussi en raison du risque que chaque rupture fait courir à la malade.

« Il est vrai que les phénomènes consécutifs inflammatoires ont présenté, dans plusieurs cas, une décroissance progressive d'intensité, à la suite de chaque rupture successive, mais ceci n'est pas toujours vrai, et la femme est non moins exposée à la possibilité d'une évolution moins heureuse. De plus, il est rare qu'on ne constate plus tard la formation d'adhérences nombreuses, comme conséquence de ces ruptures répétées ; et, malgré que ces adhérences agissent quelquefois, comme nous l'avons vu, en limitant la diffusion du liquide, et par conséquent sa surface de contact avec le péritoine, il n'en est pas moins vrai qu'elles constituent une condition anormale, et plus ou moins fâcheuse, même au point de vue du kyste lui-même. En effet, ces adhérences opposent un obstacle sérieux à la rétraction du kyste et à l'oblitération de sa cavité, en d'autres termes à sa guérison ; et elles peuvent

constituer, au moment de l'opération, un empêchement absolu à l'enlèvement de la tumeur ».

Un nouveau danger consiste dans la possibilité de la généralisation et de l'infection au loin par les kystes de l'ovaire.

« Il est connu de tout le monde, disait Mathews Duncan dans son discours d'ouverture de la session de *médecine obstétrical de la British medical Association*, en 1875, que, en rapport avec des kystes ovariens rupturés ou non, on voit souvent des péritonites chroniques de grande étendue et de longue durée ; mais l'examen des liquides kystiques a amené Foulis à l'opinion que, dans la rupture des kystes ovariens de nature maligne, nous avons un nouveau danger, et l'explication de l'infection d'autres régions, et surtout du péritoine par des productions de nature maligne. »

En résumé, le pronostic de la rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine, abandonnée à elle-même, est grave, mais non désespéré. Cet accident amène la mort dans une moitié des cas, et, chez les malades qui survivent, il expose à des péritonites plus ou moins graves, à des ruptures réitérées, à la formation d'adhérences, et à l'infection du péritoine si la tumeur est de nature maligne.

Nous ne parlons ici que des ruptures abandonnées à elles-mêmes, nous ne saurions trop le répéter, car nous verrons, en parlant du traitement et dans nos conclusions que cette complication, traitée chirurgicalement, n'entraîne à peu près jamais la mort.

CHAPITRE V

Traitement

Nous sommes arrivés à la dernière et à la plus importante partie de ce travail, au traitement.

Autrefois, et même dans des temps plus récents, dans la première moitié de ce siècle et encore au delà, lorsqu'une malade se présentait avec une rupture d'un kyste de l'ovaire dans le péritoine, on remettait le soin de sa guérison entre les mains de la bonne Nature. On était même très heureux de n'avoir que 50 pour 100 de mortalité, puisqu'on était allé jusqu'à proposer et à exécuter la section sous-cutanée des kystes.

En 1776, Bacher ayant observé un cas de rupture de kyste de l'ovaire dans le péritoine, soigna sa malade par « le petit lait, les eaux de Bussang, la limonade et les bouillons de veau ».

Barnes, dans son traité sur les *Maladies des femmes*, p. 428, propose l'intervention chirurgicale. « Si le kyste s'est rupturé, dit-il, ou s'il a donné lieu à une hémorragie ou à de la péritonite, il ne devrait pas y avoir d'hésitation à tenter l'enlèvement de la tumeur, qui constitue la source du danger immédiat. »

Tel était aussi, en 1883, l'avis de Spencer Wells. Dans plusieurs de mes observations d'ovariotomie, dit ce chirurgien (*Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, 1883, p. 74), l'opération n'avait été faite qu'après la rupture du kyste et après l'irruption de son contenu dans la cavité abdominale. On trouva le péritoine très rouge, épais, ramolli ou villeux et couvert dans certains endroits d'une lymphe peu adhérente. Cependant les résultats ont été extraordinairement satisfaisants. L'irritation céda dès qu'on en eut supprimé la cause; sans cela, la mort serait survenue au bout de peu de temps, car, dans toutes les séries d'observations, la rupture a été suivie de tous les symptômes généraux et locaux d'une péritonite chronique généralisée. Dans ma dernière série de cinq cents, il y a douze cas de rupture du kyste avant l'opération, et parmi eux, il n'y a qu'une seule mort. Dans tous les cas, la rupture du kyste ou bien la réplétion du péritoine par un suintement qui se fait à travers l'orifice de ponction du kyste n'est pas une contre-indication à l'ovariotomie, mais bien plutôt une indication de la pratiquer sans retard. On a trouvé dans la cavité abdominale des liquides de toute nature: simples, sanguinolents et fétides; les parois du kyste ont présenté tous les degrés de dégénération, on en a vu qui étaient presque noires avec des ouvertures à bord déchiquetés; le péritoine accusait toujours les mêmes signes d'un travail inflammatoire, quoique peut-être, dans les cas mortels, on ait constaté un plus grand nombre de plaques de lymphe demi-organisée.

.
Or, « chaque fois que j'ai enlevé la cause irritante, j'ai presque toujours constaté la disparition de l'irritation ».

En 1878, dans l'*Americ. journ. of medic. science*, Mundé rapporte déjà que sur trente-cinq cas d'ovariotomie faite par différents auteurs en pleine période aiguë de péritonite, on compte trente-trois guérisons.

M. Soller, à propos de l'observation que nous relatons à la fin de cet ouvrage, cite les partisans de l'expectative et les partisans de l'opération immédiate. « Blundel, Good Rigby, Crampton et Bright, recommandent la ponction immédiate de l'abdomen ; d'autres gynécologistes conseillent l'expectation pure et simple ; enfin Spencer Wells et Barnes se prononcent catégoriquement pour l'ovariotomie, afin, disent-ils, d'éviter le choc prolongé et la péritonite. » M. Soller conclut en posant la règle suivante : « Faites une ponction ; le liquide est-il toujours filant, contient-il du sang, du pus, opérez sans plus tarder, même s'il y a déjà péritonite aiguë, sinon mort fatale et prompte ; est-il séreux, transparent, croisez-vous les bras, vous n'avez rien à craindre ; bien mieux, le kyste va peut-être guérir tout seul, cela s'est vu. »

Pour nous, élevés à une époque où les progrès de l'antisepsie permettent d'être plus interventionnistes, et suivant en cela les conseils éclairés et les exemples de notre maître, M. le professeur Poncet, guidé aussi par la conduite de tous les autres grands chirurgiens, nous dirons : Si un kyste de l'ovaire s'est rompu dans le péritoine, que cet accident soit suivi ou non de phénomènes réactionnels, opérez sans tarder et ne faites pas de ponction préalable.

La laparotomie est maintenant une opération que l'on peut dire innocente, et, les observations que nous relatons montrent que, dans le cas de rupture du kyste dans le péritoine, non seulement l'ovariotomie n'a jamais nui aux

malades, mais qu'elle leur sauve la vie d'une façon prompte et sûre dans la plupart des cas.

Même dans les cas où le chirurgien est consulté longtemps après le début des accidents, alors que des poussées de péritonite aiguë ont réduit la malade au dernier degré de la cachexie et que l'on peut craindre qu'elle n'ait pas la force de supporter une opération, il faut encore tenter l'ovariotomie, jusqu'aux limites du possible; on a obtenu de cette façon des succès inespérés : notre observation VI empruntée à une Clinique de M. Schwartz en est un exemple frappant.

La grossesse elle-même n'est pas une contre-indication. Spencer Wells a pratiqué une ovariectomie pour kyste de l'ovaire rompu dans le péritoine au quatrième mois d'une grossesse. Or, non seulement sa malade a guéri, mais elle a accouché cinq mois plus tard, c'est-à-dire à terme, d'un enfant vivant et bien portant. Aussi, conclut-il que l'on doit pratiquer l'ovariotomie dans le cours d'une grossesse, si le kyste s'est rompu dans le péritoine.

Engstrom (*Annales de gyn. et d'obst.*, nov. 1890), ne considère pas non plus la grossesse comme une contre-indication à l'ovariotomie. Pozzi se déclare du même avis.

D'ailleurs, l'intervention chirurgicale est très rationnelle dans ces cas. Il est de règle en obstétrique de sacrifier la vie du fœtus à celle de la mère toutes les fois que celle-ci l'exige. Or, dans le cas qui nous occupe, non seulement en pratiquant l'ovariotomie on ne sacrifie pas fatalement la vie du fœtus, mais on a beaucoup de chances de la sauver en même temps que celle de la mère. La péritonite aiguë, en effet, expose beaucoup plus à l'avortement que l'ovariotomie; en permettant à la mère de

vivre, on peut également laisser vivre l'enfant, et le cas de Spencer Wells n'est pas isolé, où des opérations pratiquées dans les mêmes conditions ont à la fois sauvé la mère et permis à la grossesse de suivre son cours normal.

Nous avons vu deux fois M. Poncet pratiquer des ovariectomies chez des malades enceintes de plusieurs mois, et la grossesse a suivi son cours. Ce sont-là des observations qui deviendront de plus en plus fréquentes, lorsqu'on sera bien persuadé, opinion que nous avons souvent entendu émettre à M. Poncet, que, chez la femme grosse, les opérations, quelle que soit leur nature, quel que soit leur siège, n'ont une gravité, au point de vue de la continuation de la grossesse, que par les accidents infectieux auxquels elles peuvent donner naissance. C'est la septicémie qui entraîne l'avortement, l'accouchement prématuré, et non le choc chirurgical.

En résumé, la rupture spontanée d'une tumeur de l'ovaire, met le chirurgien dans l'obligation de pratiquer le plus rapidement possible la laparotomie qui doit remplir une double indication. Elle permet, en effet, de pratiquer l'ovariectomie, de supprimer ainsi une source continue d'infection par le kyste ouvert; enfin, elle rend possible la désinfection du péritoine par la toilette, le lavage de cette séreuse et un large drainage de l'excavation pelvienne.

Maintenant que nous connaissons la valeur de l'ovariectomie, il nous reste à la comparer aux autres modes de traitement que l'on peut lui opposer.

Ceux-ci sont, comme on le pense, d'ordre médical ou d'ordre chirurgical.

La thérapeutique mise en usage dans ces cas, consiste à

faire mettre la malade au lit, dans le décubitus horizontal, en recommandant le repos le plus absolu, à donner de l'opium à l'intérieur pour immobiliser l'intestin, à faire des injections de morphine pour calmer, les douleurs, à mettre la malade à la diète, à lui faire des applications de glace sur l'abdomen ; la malade peut aussi mettre quelques fragments de glace dans sa bouche.

Dans la plupart des cas, rapportés par Nepveu, ce traitement, ou un autre du même genre, avait été mis en usage ; néanmoins la mortalité avait été de 50 pour 100.

Les moyens médicaux sont donc insuffisants, et l'attente est dangereuse, puisqu'elle expose à la formation d'adhérences qui pourra être très rapide et rendre une opération ultérieure très pénible et même impossible.

Toutefois, on ne doit pas mépriser cette médication, pourvu qu'elle ne soit pas exclusive, mais employée seulement comme adjuvant du traitement chirurgical. Si l'on ne peut pratiquer l'opération séance tenante, et après celle-ci, on aura recours aux calmants, à la diète et aux médicaments immobilisant l'intestin.

Les moyens chirurgicaux sont de deux sortes : les uns consistent à enlever la cause du mal, c'est l'ovariotomie dont nous avons parlé : les autres consistent simplement à évacuer le liquide irritant de la cavité abdominale.

L'incision pure et simple, la ponction aspiratrice suivie ou non d'injections dans le péritoine, sont des moyens à rejeter, parce qu'ils sont aveugles, parce que, avec eux l'on ne sait pas ce que l'on fait, et qu'il est impossible ainsi d'évacuer tout le liquide épanché dans le péritoine. De plus, le kyste peut continuer à y déverser son contenu,

et l'on n'est nullement à l'abri d'une péritonite mortelle. Il est inutile d'ajouter que l'on n'est pas non plus préservé de la formation d'adhérences. Aussi, ce mode de traitement est-il complètement abandonné par les chirurgiens actuels.

Nous avons vu que, avant de pratiquer la laparotomie, Soller préconisait de faire une ponction préalable, afin de reconnaître la nature du liquide. Mais est-il possible d'affirmer à l'avance qu'un liquide n'est pas irritant ? On a vu des péritonites très graves, des syncopes mortelles succéder à la rupture d'un kyste séreux. Et, s'il n'est pas irritant, on s'expose à l'y rendre en introduisant dans la cavité abdominale des germes infectieux si le trocart dont on se sert n'est pas absolument aseptique.

Nous avons donc raison, on le voit, de poser en principe au commencement de ce chapitre que, si une rupture d'un kyste de l'ovaire dans le péritoine se produit, il faut pratiquer l'ovariotomie immédiate et reconnaître une fois de plus la valeur de ce vieil adage : *sublatâ causâ, tollitur effectus*.

Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire égale pour nous, avons-nous dit, l'aparotomie immédiate. C'est là une opération d'urgence.

S'il n'est pas possible, en effet, de diagnostiquer d'une façon à peu près certaine une rupture spontanée d'une tumeur liquide intra-abdominale, il l'est encore moins de savoir à quoi s'en tenir sur les caractères du liquide épanché. Aussi, formulons-nous cette règle émise par M. Poncet et dont bénéficieront les malades dont nous nous occupons :

Dans toute affection abdominale, lorsque des acci-

dents aigus de péritonite se produisent, il est du devoir du chirurgien de recourir dans le plus bref délai possible à la laparotomie.

La rupture d'un kyste de l'ovaire deviendra certaine dans la plupart des cas dès l'ouverture du péritoine. Nous voyons en effet par nos propres observations que, le péritoine incisé, un liquide qui n'était point de l'ascite simple, s'écoula au dehors en plus ou moins grande quantité. Parfois, comme nous l'avons vu nous-même chez deux opérées de M. Poncet, on aperçoit la rupture qui ne sera, on le comprend, bien apparente que lorsqu'elle occupera la face antérieure du kyste.

Par le fait de la déchirure de la tumeur, l'ovariotomie présente certaines particularités sur lesquelles nous devons insister.

Si, après l'incision sur la ligne médiane, on aperçoit la déchirure, et que les bords offrent une certaine résistance, on appliquera immédiatement sur elle une pince à plateaux pour la fermer. Le kyste sera rapidement ponctionné, pour obtenir son maximum possible de réduction et l'amener au dehors.

Si la perforation reste cachée, on devra encore évacuer la masse liquide principale par la ponction, sans presser sur les parois latérales de la tumeur, pour ne pas accroître la quantité de liquide épanché dans la cavité abdominale. Il ne faut pas craindre alors d'agrandir l'incision médiane pour luxer la tumeur en dehors et procéder à son ablation.

Dans ces cas, M. Poncet recommande la ligature du pédicule avec des fils de catgut et non avec des fils de soie, qui, se trouvant au milieu d'un foyer plus ou moins

infecté, deviennent à leur tour des foyers d'infection et jouent le rôle d'éponges se laissant pénétrer de tous côtés par des germes infectieux.

En dehors de sa perméabilité moindre, le catgut a encore l'avantage de disparaître complètement après un temps plus ou moins long.

Dans tous les cas de rupture avec péritonite, M. Poncet est partisan du drainage du péritoine.

Une autre question se pose auparavant, faut-il assécher la cavité péritonéale et procéder à son lavage ?

Toutes les fois que le liquide épanché, de par sa consistance, pourra être enlevé avec des tampons aseptiques, on devra l'absorber et le recueillir complètement dans les régions où il s'accumule de préférence : les fosses iliaques et surtout l'entonnoir pelvien. Si la malade a été opérée dans une position déclive, la tête en bas, on la placera dans la position horizontale en élevant même un peu le tronc en avant, pour que le liquide intra-péritonéal vienne occuper l'excavation pelvienne.

Avec des tampons portés sur de longues pinces, on asséchera l'excavation pelvienne, pendant qu'un aide suivant la pratique recommandée par M. Poncet, soulève les bords de la paroi abdominale avec des fils de soie en anse qui les traversent et qui ont précisément pour but de les soulever à volonté.

Dans tous ces cas, M. Poncet conseille et emploie le tamponnement avec la gaze iodoformée proposé par Mikulicz, qui assure bien l'écoulement des liquides qui pourraient se reproduire, et met ainsi à l'abri de certaines causes d'infection possible et contre lesquelles on ne peut souvent pas lutter lorsque le ventre a été complètement

fermé. Le tampon de Mikulicz mis en place, la plaie est refermée dans les deux tiers de sa hauteur.

Nous n'avons pas à mettre en relief les avantages de ce mode de tamponnement antiseptique ; ils sont bien connus de tous ceux qui font de la chirurgie abdominale, et, pour de plus amples détails nous ne pouvons faire mieux que renvoyer au *Traité de Gynécologie* de M. le L^r Pozzi ¹.

Si l'épanchement était très abondant, on pourrait encore drainer la cavité de Douglas par le cul-de-sac vaginal postérieur et se servir d'un drain en T.

Si la toilette ne paraît pas parfaite, si les liquides ont des caractères vraiment infectieux, il sera bon de laver avec de l'eau stérilisée entre 30 et 35 degrés.

Toutes ces manœuvres doivent du reste être exécutées très rapidement, comme toutes les interventions dans la cavité abdominale.

Si le liquide est visqueux, colloïde, comme nous en rapportons deux très belles observations, si, pour nous servir d'une expression qui rend très bien notre pensée, il empoisse littéralement toute la cavité abdominale et les viscères qui y sont contenus, il vaudrait mieux, d'après M. Poncet, ne pas chercher du tout à faire la toilette du péritoine, en raison même de l'impossibilité où on serait de la faire, même très incomplètement.

Par la position donnée au sujet, par une pression méthodique des mains sur les parois abdominales, on favo-

¹ *Traité de gynécologie clinique et opératoire*. G. Masson, Paris, 1890, p. 78.

risera l'écoulement du trop plein abdominal et on se hâtera de terminer l'opération.

Il faut ici multiplier les moyens d'écoulement des liquides existant, dont la viscosité peut du reste se modifier ; il faut favoriser l'évacuation de ceux qui peuvent encore se produire, soit par le drainage de Mikulicz, soit encore par le drainage vaginal, et dans certaines circonstances on associera ces deux modes d'évacuation.

L'importance du drainage nous paraît très grande. Dans deux des observations de M. Poncet, où les malades ont du reste guéri, nous voyons pendant plusieurs jours une quantité abondante de liquide s'écouler au dehors.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Gros kyste de l'ovaire droit. — Petit kyste de l'ovaire gauche. — Rupture spontanée dans le péritoine. — Ascite colloïde. — Double ovariectomie par le professeur PONCET. — Drainage du péritoine par le vagin. — Guérison. (Observation prise par le D^r TILLIER, interne du service.)

Benoîte R..., cinquante-sept ans, rentière, demeurant à Saint-Didier (Saône-et-Loire).

Entrée le 21 septembre 1891, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Paul, n° 62, sortie le 16 octobre 1891.

Cette femme a joui jusqu'à présent d'une bonne santé; c'est une forte et vigoureuse paysanne. Cependant, dans sa jeunesse elle aurait eu quelques troubles mentaux.

Ménopause depuis six ou sept ans.

C'est seulement au mois de mai dernier, qu'elle s'aperçut que son ventre grossissait, mais sans souffrances. Elle fut vue par deux médecins, dont l'un diagnostiqua tumeur maligne de l'épiploon, l'autre kyste de l'ovaire. Tous les deux observèrent de l'ascite.

Depuis le ventre a continué à grossir, sans douleur, n'occasionnant qu'une sensation de pesanteur et des troubles dyspeptiques. Il

y aurait eu quelques vomissements peu après le début de l'affection. Jamais de métrorragies. Pas d'amaigrissement, l'appétit est resté bon.

Examen à l'entrée: Abdomen volumineux, flot ascitique avec déplacement de la matité.

Au-dessus du pubis, on sent par le palper une tumeur volumineuse, donnant une sensation analogue au choc fœtal, difficile à examiner à cause de l'ascite. La tumeur est très mobile et n'entraîne pas l'utérus.

Au toucher, col normal, utérus petit, dans une bonne direction. mais paraissant porté en masse en avant. A travers le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur dure, mobile, du volume du poing, paraissant se rattacher à l'ovaire gauche. (Au mois de juillet, nous avons examiné la malade et n'avions pas constaté cette tumeur.)

Bon état général, rien au cœur, rien aux poumons.

25 septembre. — Opération. Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe un flot de liquide visqueux, filant, un peu plus consistant que du blanc d'œuf coloré en jaune citron, tout à fait analogue au contenu d'un ovaire kystique de l'épithélioma mucoïde (ascite colloïde paraissant être le fait de la rupture d'une masse kystique dans le péritoine. Ce liquide est en effet identique à la substance d'une tumeur de l'ovaire droit).

Cette tumeur, d'aspect myxoïde, dépassant le volume d'une tête d'enfant est composée d'une agglomération de petits kystes colloïdes, à parois très minces, paraissant de nature maligne, se déchirant très facilement et dont certains même sont rompus.

Ligature du pédicule, c'est-à-dire du ligament large et de la trompe droite, auprès de la corne utérine. La tumeur est enlevée facilement.

L'ovaire gauche présente une tumeur un peu plus grosse que le poing, mi-solide, mi-kystique, très tendue, à contenu séreux, poche fibreuse. On l'enlève facilement après ligature du pédicule.

Le péritoine, irrité par cette matière colloïde, est rouge, villeux. Il y a un peu de pus dans l'excavation. Lavage du péritoine à l'eau bouillie, mais évacuation très incomplète de la matière gluante

qui adhère aux intestins, malgré un assèchement aussi complet que possible de la cavité avec des tampons aseptiques.

On incise le cul-de-sac vaginal postérieur et on fait passer par là un gros drain qui vient jusqu'au détroit supérieur et est fixé à l'utérus en arrière par un fil de catgut.

Suture abdominale à triple étage.

Pansement.

Les suites de l'opération sont très simples.

18 octobre. — La malade part complètement guérie.

Le Dr Tillier, de Marcigny (Saône-et-Loire), à qui nous avons écrit pour connaître l'état actuel de la malade, a bien voulu nous donner des détails très complets sur l'état de cette femme depuis sa sortie de l'hôpital.

Il nous écrit à la date du 23 mai 1892 :

Je suis en mesure de vous donner de très bonnes nouvelles de Madame Benoîte R..., femme D... Je l'ai suivie en vue fréquemment depuis le milieu de décembre dernier jusqu'à ce jour. Voici quelques notes qui compléteront son observation.

A la sortie de Madame D..., de l'Hôtel-Dieu, vers la fin d'octobre, la situation était celle-ci.

La plaie abdominale est fermée, sauf une fistule à son angle inférieur, fistule donnant passage à un paquet de fils, composé de deux gros fils de soie liant chacun un pédicule constitué par les trompes, et d'un certain nombre (5 à 6) de fils plus petits, par lesquels M. Poncet, craignant une infection du péritoine, s'il laissait les trompes en liberté dans la séreuse, avait fixé ces trompes à la paroi musculo-cutanée. Tous ces fils sont en soie, les gros en soie tressée, du volume presque d'une mèche de fouet.

La plaie du cul-de-sac postérieur, par où s'était fait le drainage est fermée. Le ventre est souple, non douloureux. État général satisfaisant.

Depuis sa sortie de l'hôpital jusqu'au 15 décembre, la malade fut vue par mon confrère, le Dr Morel de Saint-Christophe, qui lui faisait les pansements nécessités par la fistule donnant passage aux fils. J'étais absent à ce moment.

Le 15 décembre je la vois en consultation avec M. Morel. Nous trouvons la suture abdominale dans un très bon état. Pas d'empâtement des culs-de-sac vaginaux. Au fond du cul-de-sac postérieur, on sent la cicatrice laissée par l'incision de drainage. C'est une cicatrice souple, linéaire, en coup d'angle, qu'on a beaucoup de peine à trouver.

A la partie inférieure de l'abdomen, on sent un empâtement diffus, non douloureux, qui nous fait craindre une récurrence.

En tirant sur un des gros fils de soie, je réussis à l'amener au dehors. La fistule laisse échapper une certaine quantité de pus à odeur nauséabonde : c'est l'odeur des phlegmons avoisinant l'intestin.

A partir de ce moment, je continuai à voir seul la malade. Comme elle habite en pleine campagne, à une douzaine de kilomètres, j'allais la voir et la panser environ tous les dix jours.

Le 2 janvier, je trouve l'empâtement abdominal en voie de régression. Je refais avec soin le palper bimanuel, et j'arrive à me convaincre qu'il n'y a pas trace de récurrence.

L'empâtement est dû uniquement à un phlegmon profond de la paroi abdominale développé autour des fils. Ces fils, du reste, manifestaient, comme c'est la règle, une tendance marquée à rentrer dans l'abdomen. A chaque pansement, j'avais soin de tirer fortement sur eux : je faisais ainsi sourdre une certaine quantité de pus, qui alla en diminuant à mesure que l'empâtement disparaissait. Peu à peu, cet écoulement se réduisit à un suintement séreux.

A partir du commencement de février, il était réduit à assez peu de chose pour que la malade pût elle-même faire son pansement. A son lever, elle faisait un léger lavage à l'eau boriquée, et plaçait sur la fistule une plaque de coton boriqué, qu'elle maintenait simplement par une ceinture abdominale.

Son état général s'est amélioré en même temps que disparaissait le phlegmon.

Aujourd'hui, elle se porte à merveille ; elle a engraisé, elle marche et même va en voiture sans aucune fatigue. Un seul des gros fils de soie est resté, et j'attends patiemment qu'il veuille bien tomber. Il entretient une petite fistule à suintement séreux.

M^{me} D., n'est pas dans une position plus désagréable, en somme, qu'un individu porteur d'un séton.

Je l'ai examinée avec soin le 26 avril dernier ; il n'y a pas trace de récédive. Je l'ai vue pour la dernière fois le 16 mai, il y a huit jours ; je n'ai pas fait d'examen. Mais son état général est parfait ; elle avait fait ce jour-là 12 kilomètres en voiture pour venir chez moi.

Je crois qu'on peut la considérer comme définitivement guérie, la présence de ce fil étant un accident tout à fait négligeable.

OBSERVATION II (inédite).

Cancer colloïde. — Tumeur kystique de l'ovaire gauche, présentant de nombreuses masses indurées, spécialement dans le petit bassin. — Évolution rapide. — Rupture. — Ovariectomie, par M. le professeur PONCET. — Guérison. (Observation prise par M. DOR, interne).

St O..., Antonine, femme (†...), cinquante-six ans, cultivatrice, demeurant à Voix (Ain).

Entrée le 20 mai 1892, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. le professeur Poncet, salle Saint-Anne, n° 10.

Sortie le 9 juin 1892.

Père en bonne santé ; mère morte de maladie inconnue. Trois sœurs en bonne santé.

Réglée à dix-neuf ans. Mariée à dix-neuf ans.

Premier enfant à vingt-trois ans, bien portant ; un autre à vingt-cinq ans, mort-né. Un troisième à trente ans, bien portant.

Pas de fausses couches.

Menstruation tout à fait normale jusqu'à cinquante ans. Quelques petites coliques avant chaque période menstruelle, pendant les premières années de son mariage. La dernière menstruation a été caractérisée par une métrorragie de dix jours, et depuis ce moment, les règles n'ont jamais reparu.

Bonne santé jusqu'à l'année passée.

Au mois de novembre, elle a eu des chagrins de toutes sortes qui lui ont amené de la dyspepsie, en même temps, elle s'aperçut que son ventre commençait à augmenter de volume.

Elle raconte que pendant le mois de janvier de cette année, l'accroissement fut très rapide, et que depuis deux ou trois mois, son ventre a à peine augmenté.

On trouve un ventre développé comme celui d'une femme à terme, et présentant une saillie médiane et pas de saillie dans les flancs.

La percussion, en indiquant une sonorité dans les flancs, et une matité dans la partie saillante, confirme le diagnostic de tumeur abdominale qu'on pouvait prévoir à première vue.

Par la palpation, on sent que l'on a affaire à une tumeur de consistance très inégale.

Dans la région sus-ombilicale du côté gauche, on trouve un plastron assez uni qui paraît dépendre d'un épaissement du péritoine, car à ce point, on sent un peu de crépitation neigeuse, et le plastron tout entier paraît superposé à la tumeur sous-jacente, sur laquelle il est un peu mobile.

Du côté droit, on sent une ou deux masses bosselées, dures, très mobiles, du volume d'un œuf.

Dans la région sous-ombilicale droite, on a, bien mieux que partout ailleurs, la sensation de fluctuation, mais, cependant, il n'y a nulle part de sensation de flot.

Par le toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac de Douglas quelques masses dures peu mobiles, que l'on sent encore beaucoup mieux par le toucher rectal.

L'utérus est englobé au sein de ces masses, et pour déterminer sa position, on est obligé d'avoir recours au cathétérisme.

On s'aperçoit qu'il est un peu latéroversé, ou plutôt dévié en masse du côté droit, sans une véritable inclinaison latérale sur son axe.

Il mesure 8 centimètres ; sa position est bonne. Il n'est pas très mobile, lorsqu'on le tient au bout de l'hystéromètre ; il paraît comme enclavé au sein des masses qui l'entourent.

La vessie n'est pas agrandie et n'est pas déformée. Elle mesure dans son diamètre maximum, 10 centimètres, lorsqu'on a pris soin de la vider, et qu'on déprime ses parois avec une sonde.

La cavité vésicale est tout entière entre la paroi abdominale et la tumeur ; il n'y a pas de diverticules s'insinuant entre quelques masses.

La tumeur dans sa totalité est peu mobile ; elle paraît adhérente en quelques points au péritoine pariétal.

La malade dit avoir beaucoup maigri et dépéri depuis deux ou trois mois ; elle a un peu d'œdème des jambes le soir.

Facies ridé, brun, type de facies ovarien.

25 mai. — Opération. Incision des parois, puis du péritoine, sur une longueur de 8 centimètres. On tombe dans une cavité péritonéale pleine de matière colloïde, sirupeuse, jaune verdâtre, et dont les parois sont tapissées de végétations papillaires, si bien qu'on pense, au premier abord, avoir déjà perforé le kyste ; mais il n'en est rien. On vide le péritoine et on trouve un volumineux kyste dont le contenu est également colloïde, de sorte qu'une ponction faite avec une canule de gros calibre n'amène point de liquide. On agrandit l'ouverture du kyste, et il en sort par la pression une matière visqueuse de consistance analogue à celle de la gelée de coings, jaunâtre, verdâtre, et par places un peu noirâtre, transparente, tremblotante. On en retire une bonne partie avec la main.

Agrandissement de l'incision abdominale ; on extrait le kyste, après l'avoir à moitié vidé.

Ses parois sont ramollies, présentant de nombreuses déchirures par où a dû s'échapper le liquide trouvé dans la cavité péritonéale, offrant des végétations.

Ce kyste dépasse de beaucoup le volume d'une tête d'adulte. On peut évaluer à 2 litres la quantité de matière colloïde qu'il contenait.

On retire de l'abdomen une énorme quantité de matière colloïde, analogue à celle du kyste. Le péritoine est recouvert de grumeaux, analogues à de petits kystes et qui semblent indiquer une généralisation de la tumeur à cette séreuse.

On trouve, en outre, un vaste gâteau épais de 1 centimètre environ, situé à la partie antérieure de l'abdomen, adhérent à l'intestin grêle, et semblant être l'épiploon épaissi et envahi par le néoplasme.

Le kyste ne présentait pas d'adhérences très fortes, et a été enlevé facilement. L'opération en elle-même n'a pas duré plus de quinze minutes.

Le kyste présentait le type aréolaire et était constitué par une masse de petites cloisons.

Le gâteau épiploïque n'a pas été extirpé, en raison de ses adhérences avec l'intestin et des nombreuses généralisations.

Il reste également dans le petit bassin de nombreuses masses, bien que l'on ait enlevé avec les mains tout ce que l'on a pu enlever.

Ligature du pédicule; suture à double étage, et drainage au moyen d'un large drain fixé au niveau de la plaie abdominale.

Pansement antiseptique.

27 mai. — Ablation du drain; on met des points de sutures. Les suites de l'opération ont été bonnes. L'état est satisfaisant, mais le pronostic est très réservé.

8 juin. — Les suites ont été simples. La malade est guérie de son opération. La suture est complètement consolidée. Il reste à savoir ce qui, dans quelque temps d'ici, sera advenu des masses restantes.

Le 15 juillet. — M. le Dr Fiessinger, d'Oyonnax, médecin de cette malade, nous écrit :

J'ai fait venir M^{me} G..., et voici ce que j'ai constaté.

Depuis l'opération, l'appétit est revenu; les digestions sont faciles; le ballonnement qui suivait l'ingestion des aliments a disparu. La constipation a cessé.

L'examen du ventre décèle les particularités suivantes : entourée en haut, en bas, sur les côtés, d'une zone de sonorité intestinale, une tumeur dure, lisse, mate, mobile, est constatée. Cette tumeur, qui n'est le siège d'aucune fluctuation, est assez volumineuse, débordant l'ombilic de trois travers de doigt à la partie

supérieure et du côté gauche, et de quatre travers de doigt en bas et sur le côté droit.

Rien de particulier du côté des culs-de sac vaginaux.

La malade n'est nullement incommodée par cette tumeur. Elle ne trouve pas que son ventre ait sensiblement grossi depuis l'opération.

OBSERVATION III (inédite).

Carcinome kystique des deux ovaires. — Double ovariotomie, par le professeur PONCET. — Nombreuses masses cancéreuses dans le foie. — Morte de généralisation cancéreuse (Obs. prise par M. DOR interne.)

Annette Émilie L..., Veuve D..., soixante-deux ans, domestique, demeurant à Braux (Ardennes.)

Entrée le 30 mai 1892 dans le service de M. le professeur Poncet, salle Sainte-Anne, n° 18. Morte le 12 juin 1892.

Père mort d'une angine diphtéritique. Mère morte probablement de tuberculose pulmonaire. Fait partie d'une famille de neuf enfants, dont deux sœurs et un frère sont encore vivants. Une sœur morte d'une chute; une autre morte d'un cancer du sein.

A eu ses règles à quatorze ans, mais celles-ci se sont arrêtées pendant un an et ont repris à quinze ans. Pas de grossesse.

Menstruation normale jusqu'à cinquante ans. A ce moment, pendant un an, règles durant huit jours et avançant de quelques jours.

Puis ménopause à cinquante et un ans. Depuis, jamais de pertes.

Il y a quatre mois, la malade prit la grippe et fut assez malade pendant un mois.

A la fin du mois de février, elle eut une fois une perte qui dura une huitaine de jours, et un médecin appelé lui déclara qu'elle avait un fibrome.

A partir du mois de mars, son ventre a augmenté très rapidement de volume, et la malade a senti se développer des tumeurs très mobiles, grosses comme des oranges.

En même temps elle maigrissait et perdait ses forces. Elle dit avoir perdu 15 kilogrammes en quatre mois. Puis elle ressentit des coliques, et s'aperçut d'une constipation opiniâtre dont elle n'avait jusqu'alors jamais souffert.

Elle entre à l'hôpital sur les conseils du Dr Doyen de Reims.

On constate, en effet, dans l'abdomen la présence de tumeurs au nombre de deux principales, et par le toucher vaginal on sent encore d'autres masses, glissant les unes sur les autres, dont les unes présentent une dureté presque fibreuse, mais quelques-unes sont kystiques.

Il n'y a pas de liquide dans le péritoine.

Au toucher vaginal, on trouve l'utérus un peu rétroversé. A l'hystéromètre, il n'a que 8 centimètres. Les tumeurs paraissent être indépendantes de l'utérus; il est probable qu'elles viennent des ovaires.

La malade a d'ailleurs plutôt le facies ovarien que le facies fibromateux.

Elle a un peu d'œdème des jambes.

Souffle systolique assez fort dans la région mésocardiaque et à la base du cœur, se propageant au cou, mais non à l'aisselle. Pas d'hypertrophie du cœur. Pas de frémissements. Matité cardiaque normale.

2 juin. — Opération. Laparotomie.

A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une assez grande quantité d'un liquide séro-sanguinolent.

De plus, l'intestin tend à venir faire hernie. On met alors un tampon et on attend quelques minutes. En faisant ce tamponnement, on aperçoit une déchirure étoilée par où s'échappait le sang qui filtrait dans la cavité abdominale.

Il est probable que cette rupture s'est produite sur la table d'opération. Auparavant, en effet, on ne trouvait pas de signes d'ascite. Sous l'influence de palpations répétées, le kyste a très bien pu se rompre, d'autant plus qu'en certains points, il avait des parois très minces.

M. le professeur Poncet, vu la nature maligne de la lésion, hésite pendant quelques instants pour savoir s'il doit opérer. Mais

il ne veut pas laisser dans le ventre une tumeur ouverte laissant couler un liquide pathologique dans le péritoine.

Sur le kyste droit qui est ouvert et qui saigne, on fait une ligature, et, une fois l'hémostase assurée, on examine le ventre.

Il y a deux tumeurs, une de chaque côté; elles appartiennent aux ovaires.

En outre, on voit une dilatation kystique des trompes, lesquelles paraissent contournées et adhérent à l'utérus par leur pavillon oblitéré.

On enlève d'abord la tumeur gauche qui se décortique assez bien; on fait un petit pédicule dans lequel on est forcé de laisser une partie de la coque de la tumeur.

Puis on enlève de même assez facilement la tumeur de droite il ne reste plus que l'utérus et les deux trompes kystiques.

La première tumeur a à peu près le volume d'une tête d'adulte; elle est en partie kystique, en partie charnue; plusieurs petits kystes se sont rompus dans le péritoine pendant l'opération.

On fait, un double pansement de Mikulicz, introduisant dans chacun des culs-de-sac latéraux où se trouvaient les tumeurs une pièce de gaze que l'on bourre de lanières de gaze iodoformée.

Puis on suture le péritoine et les muscles droits, et par dessus la peau.

En examinant les tumeurs enlevées, on s'aperçoit que celles-ci sont constituées par des masses dures de coloration blanc jaunâtre, et par de nombreuses poches kystiques.

A la coupe, les parties dures ont l'aspect encéphaloïde.

Par le raclage, on obtient un suc qui, examiné au microscope, présente des cellules du type épithélial analogues à celles d'un carcinome, cellules en raquettes, cellules polyédriques, etc., toutes munies d'un gros noyau nucléolé.

Il s'agit bien d'un carcinome kystique des deux ovaires.

Les suites de l'opération sont simples.

On enlève le Mikulicz le quatrième jour et l'on met à sa place une simple mèche de gaze.

10 juin. — La malade qui allait bien jusque là tombe dans un état de faiblesse inexplicable.

12 juin. — La malade meurt, sans que l'on puisse mettre sa mort sur le compte de l'infection.

Autopsie. — Cancer secondaire du foie et du péritoine. Le foie est farci de gros noyaux cancéreux. Un peu de péricardite. En somme, la malade est morte de cachexie, sans infection.

OBSERVATION IV (Inédite)

Kyste de l'ovaire gauche. — Rupture spontanée d'un petit kyste dans la cavité péritonéale. — Péritonite aiguë. — Ovariectomie quinze jours après, par M. le professeur PONCET. — Guérison.

M^{me} C.,, loueuse de voitures à Aix-les-Bains,
Entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service du professeur Poncet, le 10 novembre 1891.

La malade est âgée de trente-deux ans, veuve depuis quatre ans, et a toujours eu, dit-elle, beaucoup d'occupations et d'ennuis.

Mère de quatre enfants, dont l'un est mort en deux jours, à l'âge de seize mois, de maladie aiguë indéterminée. Les trois autres très bien portants.

Jusqu'en 1887, cette femme a toujours été bien réglée. Toutefois, ses pertes étaient abondantes. Au mois de mars 1887, elle perdit son mari et quelques mois après, dit-elle, elle resta trois mois sans voir ses règles. Elle resta encore deux mois sans les avoir, l'année 1888 à la même époque. A ce moment, la malade se trouvait très gonflée. A partir de ce jour, elle ressentit des maux de reins, principalement lorsqu'elle était couchée depuis deux ou trois heures.

Jamais de maladie grave.

Au commencement de l'été 1891, la malade ressentit des douleurs dans le bas-ventre, en même temps, elle s'aperçut que son ventre grossissait insensiblement, surtout à gauche; ses seins augmentèrent également un peu de volume.

Vers le 25 octobre de la même année, la malade fut prise tout

à coup d'une douleur aiguë, déchirante, puis bientôt d'une fièvre intense et fut obligée de se coucher aussitôt. Le moindre mouvement, la toux, l'action de se moucher, provoquaient de vives douleurs du côté de l'abdomen. Celles-ci d'ailleurs étaient continues.

La dyspnée était très forte.

La malade trouve que son ventre a grossi beaucoup plus vite pendant les quinze jours qu'elle est restée au lit.

Le médecin appelé diagnostiqua une péritonite aiguë. |

9 novembre. — M. le professeur Poncet, ayant été appelé à Aix-les-Bains pour pratiquer une opération, fut demandé en consultation auprès de cette femme. Il reconnut la présence d'un kyste dans l'abdomen, en même temps que tous les signes classiques d'une péritonite aiguë. Aussi, en raison de cette douleur vive du début, songea-t-il à la possibilité d'une rupture d'un petit kyste secondaire dans le péritoine. Il engagea fortement la malade à venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon, pour y subir la laparotomie et l'ablation de son kyste.

10 novembre. — Sur les conseils de M. Poncet, M^{me} C... est venue à Lyon et est entrée à l'Hôtel-Dieu dans la soirée. |

Le voyage l'a beaucoup fatiguée, et son état s'est encore aggravé. Température 40°,1.

11 novembre. — Température 39°,5.

Opération. Laparotomie. Incision de 7 à 8 centimètres sur la ligne médiane. A l'ouverture du péritoine, il sort une petite quantité d'un liquide purulent, gommeux.

On arrive sur un gros kyste qui remplit toute l'excavation pelvienne. A l'aide de la ponction, on en retire 3 ou 4 litres d'un contenu jaune brun sirupeux, et la tumeur, ne présentant pas d'adhérences très fortes, peut être extraite de l'abdomen. Les plus fortes adhérences étaient avec l'épiploon épaissi, tuméfié, très vasculaire.

Double ligature du pédicule.

On trouve dans la cavité péritonéale environ 200 à 250 grammes d'un liquide analogue à celui du gros kyste.

Le péritoine est très épaissi, vasculaire, et recouvert par places

de fausses membranes fibrineuses. Toilette de cette séreuse avec des tampons aseptiques.

Un gros drain de caoutchouc est fixé dans la plaie, et celle-ci refermée à l'aide d'une suture à triple étage.

Pansement ouaté et antiseptique.

L'examen de la tumeur révèle les particularités suivantes : Il s'agit d'une tumeur polykystique, composée de sept à huit kystes indépendants, dont l'un présente une perforation qui a été spontanée et a donné lieu à la péritonite.

12 novembre. — La malade est dans un état satisfaisant, mais a encore une température de 39°,2.

Les jours suivants, la température oscille entre 38 et 39 degrés.

18 novembre. — La température est revenue à la normale. Il ne s'est point écoulé de pus par le drain, mais seulement un peu de liquide séro-sanguinolent.

22 novembre. — Le drain, par lequel il ne coulait plus rien, est enlevé.

29 novembre. — La malade part complètement guérie.

M^{me} C... m'écrit, à la date du 18 juillet 1892 : « Je me sens maintenant très bien : Je recommence mon travail et je ne ressens aucun mal lorsque je ne me fatigue pas trop ; j'ai vraiment beaucoup de remerciements à faire à M. Poncet. »

Cette femme est d'ailleurs revenue, il y a un mois environ, se présenter à M. le professeur Poncet, qui l'a examinée avec soin et l'a trouvée dans un état très satisfaisant.

OBSERVATION V

Kyste de l'ovaire. — Rupture spontanée du kyste et péritonite consécutive. — Ovariectomie en pleine péritonite aiguë. — Guérison. — Par MM. LAROYENNE et SOLLER (Lyon-Médical, avril 1882).

Marie M..., couturière, quarante-neuf ans, demeurant à Lyon, entre, le 20 septembre 1881, à l'hospice de la Charité, salle Sainte-Thérèse, n° 2.

Réglée à dix ans, toujours normalement. A eu la fièvre typhoïde à vingt ans.

Six accouchements antérieurs et une fausse couche d'un mois et demi, il y a huit ans. Le premier accouchement eut lieu à l'âge de dix-huit ans, le dernier il y a douze ans. Tous les accouchements furent normaux, mais le quatrième et le sixième se compliquèrent de fièvre puerpérale.

Les règles ont toujours été normales, jusque il y a trois mois, époque depuis laquelle elle ne les a pas vues.

Il y a un an, la malade s'est aperçue que son ventre grossissait, pas plus à droite qu'à gauche ; du jour où elle a fait cette remarque, son ventre a augmenté si rapidement de volume qu'en huit jours il a acquis tout le développement qu'il présente au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital ; depuis, il est toujours resté stationnaire.

Depuis dix-huit mois, la malade ressent de temps à autre des douleurs de ventre, qui ont toujours été en augmentant d'intensité et de fréquence ; ces douleurs sont plus vives et presque constantes depuis trois mois. Il y a huit jours surtout, elles ont acquis une acuité considérable empêchant le sommeil et tout repos.

Au moment de l'entrée de la malade, voici ce que l'on constate : ventre très volumineux, arrondi, présentant une circonférence ombilicale de 120 centimètres et tous les signes classiques du kyste ovarien, sauf la fluctuation et la sensation de flot, qui ne se perçoivent pas bien nettement.

État général médiocre, perte des forces et de l'appétit, amaigrissement assez notable. Miction difficile et fréquente, ne se faisant que goutte à goutte ; selles normales, leucorrhée constante depuis deux ans. Tousse depuis une dizaine de jours.

21 septembre. — Le lendemain de l'entrée de la malade, M. Laroyenne fait une ponction à gauche ; il retire un demi-litre d'un liquide filant et visqueux, blanc, clair et transparent ; la quantité qu'on en peut retirer est minime, car sa viscosité le laisse passer difficilement dans le mince trocart qui a servi pour faire la ponction.

22 septembre. — N'a pu dormir ; les douleurs abdominales sont

toujours très vives, mais pas plus fortes cependant qu'avant la ponction. Léger mouvement fébrile. Température vaginale 38°,2. Pas d'appétit. Pas de nausées ni de vomissements.

23 septembre. — Même état qu'hier ; pas de vomissements.

24 septembre. — L'opération est décidée et faite immédiatement, alors que la malade avait 38 degrés de température vaginale.

M. Laroyenne s'entoure auparavant de toutes les précautions antiseptiques usitées en pareil cas. Anesthésie à l'éther. Incision couche par couche des parois de l'abdomen.

Aussitôt le péritoine ouvert, il s'échappe de la cavité abdominale une grande quantité de liquide filant de même nature que celui de la ponction ; on constate alors que ce liquide provenait du kyste qui s'est rompu spontanément dans la cavité abdominale.

L'ouverture de la paroi kystique, par où s'échappe à flots le liquide qui y est contenu, est large, irrégulière, et située à la partie supérieure de la tumeur, au niveau du creux épigastrique ; l'orifice de la ponction se retrouve à un tout autre endroit. La quantité de liquide qui s'échappe, soit par la cavité abdominale, soit du kyste, peut être évaluée à 5 ou 6 litres. Le kyste sort ensuite de lui-même, par suite des efforts que fait la malade pour vomir ; il se présente sous la forme d'une masse charnue assez consistante, du volume d'une tête d'adulte ; c'est sur la paroi interne du kyste, assez friable, qu'on trouve implantées une grande quantité de masses charnues. On pince le pédicule de la tumeur et on y fait une double ligature très serrée au moyen d'un fil de soie cirée.

Depuis l'issue de la masse kystique jusqu'à la fin de l'opération, des anses intestinales sortent à chaque instant, et on a toutes les peines du monde à les retenir dans la cavité abdominale, à cause des efforts incessants que fait la malade pour vomir. Toutes ces anses intestinales qu'on découvre présentent les signes d'une péritonite aiguë.

Elles sont injectées, très rouges et parsemées de granulations. Le reste du liquide kystique, occupant le bas-fond péritonéal qui recouvre l'utérus et la vessie, finit par sortir, mélangé à une

grande quantité de grumeaux albumineux et de liquide blanchâtre caractéristique de la péritonite. Le doigt, introduit dans la cavité abdominale, sent que le péritoine recouvrant les organes pelviens est induré, épaissi, granuleux. Par la pression, on en fait sortir tous les liquides, puis on introduit successivement une grande quantité d'éponges fines attachées à un fil par lequel on les retire, jusqu'à ce que l'éponge sorte propre. A ce propos, M. Laroyenne nous faisait remarquer combien l'éponge était brillante à sa sortie de l'abdomen, et il insistait particulièrement sur ce point, que la toilette du péritoine ne pouvait être complète, et qu'on ne devait s'arrêter que lorsque l'éponge sortirait dépourvue de tout reflet brillant. De cette façon, il arrive à laver complètement la cavité abdominale en haut et surtout en bas, et à la débarrasser complètement de ses produits inflammatoires. Puis, au moyen d'un gros trocart courbe introduit dans la cavité pelvienne, M. Laroyenne fait deux ouvertures dans le cul-de-sac postérieur du vagin, ouvertures par lesquelles il fait passer un gros drain de 8 millimètres de diamètre, dont la partie moyenne se trouve à cheval dans la cavité péritonéale, et les deux extrémités passent par la vulve, à travers le vagin.

Le pédicule étant laissé libre dans la cavité, on obture complètement la paroi abdominale, d'abord par une suture enchevillée, (sondes en cire) pour le péritoine, ensuite par de nombreux points de suture au catgut pour la peau.

Pansement de Lister et linge phéniqué à la vulve.

Le soir, la malade va bien et ne ressent que de légers tiraillements dans le ventre. Langue bonne. La température est montée à 38°,8. On fait 1/3 de seringue d'injection morphinée 0,60/30, pour le repos absolu de l'intestin.

25 septembre. — Ne se plaint absolument d'aucune douleur. La température est redescendue ce matin à 37°,8. Respiration facile. Ne souffre absolument que quand elle tousse.

Pas de nausées, pas de vomissements.

26 septembre. — Même état ; ne se plaint pas du tout du ventre. Depuis l'opération, il s'écoule par le drain une quantité de grumeaux albumineux, et un peu de sérosité épaisse et blanchâtre.

27 septembre. — A partir d'aujourd'hui, on nourrit la malade avec du bouillon américain.

1^{er} octobre. — La température est montée hier soir à 39 degrés, et s'est maintenue ce matin au même degré. A passé une mauvaise nuit, souffrant beaucoup du ventre sous l'influence de la toux qui a augmenté.

Devant ces symptômes, M. Laroyenne s'est décidé à enlever le drain, par lequel, d'ailleurs, il ne sort presque plus rien. Il fait au préalable une irrigation phéniquée du vagin pour nettoyer la partie du drain qui doit repasser par la cavité péritonéale. Nouveau lavage phéniqué après l'ablation du drain. On enlève de même les deux sondes formant la suture enchevillée. Réunion complète par première intention. La malade se trouve immédiatement soulagée.

Le soir, la malade va beaucoup mieux, les accès de toux ne font plus aussi mal au ventre.

2 octobre. — Va bien. Langue bonne. La température est redescendue à 38°,2. La malade n'est pas allée du ventre depuis l'opération; on lui fait prendre un lavement avec 30 grammes de sulfate de soude.

3 octobre. — Diarrhée abondante amenée par la purgation; sous son influence, la température est remontée hier soir à 39°,3. Irrigation phéniquée du vagin, l'eau ressort à peu près pure.

5 octobre. — Va tout à fait bien. Plus de pansement, la plaie abdominale étant cicatrisée par première intention. Mange beaucoup.

8 octobre. — Sort complètement guérie.

« Cette observation, ajoute M. Laroyenne, intéressante à tous les points de vue, présente plus d'un utile enseignement, tant à cause du diagnostic de la rupture d'un kyste, qu'à cause des indications opératoires et du succès qu'on peut retirer de l'ovariotomie, même dans les cas de péritonite.

« A propos du diagnostic, nous voulons simplement

faire ressortir combien est parfois difficile le cas de rupture d'un kyste.

« Dans ce cas, en effet, la complication ne s'est pas annoncé par ces signes caractéristiques qu'a décrits Nepveu, dans les *Annales de gynécologie*, de 1875 : la malade n'a pas éprouvé cette sensation bizarre et particulière survenant d'une manière subite et revêtant de suite le caractère d'une douleur excessivement intense ; ici, au contraire, les douleurs ont été en augmentant peu à peu, à tel point qu'on ne saurait préciser le moment où cet accident a eu lieu ; quoi qu'il en soit, la déchirure des parois kystiques a d'abord dû être très petite et s'agrandir peu à peu, soit sous l'influence des efforts de la malade, soit aussi peut-être par suite de la ponction faite par l'aspirateur Potain ; sans cela on ne pourrait s'expliquer le défaut, non seulement de la douleur subite et aiguë qu'on rencontre en pareil cas, mais encore l'absence d'une péritonite suraiguë ayant entraîné rapidement la mort de notre malade.

« Nous ferons remarquer, en outre, que le diagnostic de cette rupture était d'autant plus difficile à faire que la plupart des signes de la péritonite manquaient absolument : nous n'avions ici, en effet, ni nausées, ni vomissements, ni facies grippé, mais seulement une fièvre modérée et une gêne respiratoire qu'on pouvait parfaitement attribuer au volume exagéré de la tumeur. On voit donc combien parfois la rupture d'un kyste peut passer inaperçue et comme aussi la péritonite, même aiguë, peut revêtir une forme insidieuse, peu en rapport avec les lésions anatomo-pathologiques de la séreuse. »

OBSERVATION VI

Kyste de l'ovaire à contenu gélatineux rupturé après un accouchement. — Péritonite aiguë. — Ovariectomie deux mois après, par SCHWARTZ. — Guérison. — (Observation recueillie par notre ami le Dr FASQUELLE, au mois d'août 1891, à une Clinique de M. SCHWARTZ, remplaçant à cette époque le professeur DUPLAY à l'hôpital de la Charité).

Malade âgée de trente-quatre ans, présentée comme péritonite suppurée. On avait, en effet retiré du pus par une ponction de l'abdomen.

Les accidents sont survenus trois jours après un accouchement.

Cette femme a eu sept grossesses, dont une gémellaire. Quatre enfants vivants. Sa dernière grossesse se passa bien ; mais elle avait souffert dans le ventre, ce qui n'avait jamais eu lieu dans les grossesses précédentes. De plus, une fois délivrée, son ventre était resté plus gros que les autres fois.]

Trois jours après, des douleurs très vives survinrent tout à coup dans l'abdomen et s'accompagnèrent de vomissements et de frissons. On porta le diagnostic de péritonite puerpérale.

Elle fut soignée en médecine pendant deux mois dans le service du professeur Potain. Malgré cela, elle était toujours très mal, présentait des accidents de septicémie, une température variant entre 38 et 39 degrés, un pouls filiforme.

C'est alors que Schwartz fut demandé. A ce moment, la température était de 39°,5 à 40 degrés. Pouls 150. Figure pincée ; sueurs profuses. Diarrhée séreuse suivie de constipation opiniâtre. Donc, cachexie au dernier degré.

Examen. — Localement, ventre énorme, saillant, mat, fluctuant. Frappé de ce que, au lieu d'avoir un ventre de batracien, cette femme avait le ventre d'une femme porteur d'un kyste de

l'ovaire, je me demandai aussitôt, dit Schwartz, si cette femme n'avait pas un kyste. Je ne portai pas de diagnostic ferme.

La malade ne répond pas aux questions ; elle présente une escarre au sacrum. C'était à se demander si l'on devait intervenir chirurgicalement. Cependant, je n'hésitai pas.

J'avais peur d'endormir cette femme, aussi j'injectai 4 ou 5 centigrammes de cocaïne, goutte par goutte, sur le tracé de l'incision.

L'incision de l'abdomen faite, je vis immédiatement au-dessous du péritoine une petite poche renfermant 100 grammes environ de pus gélatineux, et alors, mon idée première me revint aussitôt, et je songeai à un kyste de l'ovaire qui avait dû se rompre dans le péritoine.

J'incisai le kyste ; j'y introduisis la main et enlevai 4 ou 5 litres d'un pus gélatineux, c'est-à-dire d'un liquide analogue à celui que j'avais déjà trouvé dans le péritoine.

Devait-on se contenter d'une simple incision ? Non. C'eût été la mort à brève échéance.

Je remarquai que les adhérences, quoique générales, n'étaient pas très fortes et saignaient peu.

Je fis donner un peu de chloroforme à la malade ; je décollai le kyste de la paroi abdominale, de la fosse iliaque, de la masse intestinale ; je finis par l'enlever. Pendant ce temps, il était tombé un peu de pus dans l'intérieur du petit bassin. Aussi, je fis un lavage avec 10 litres d'eau tiède préalablement bouillie. Je touchai le pédicule avec de l'acide phénique fort et fixai deux gros drains dans l'intérieur du bassin, car il y avait quelques suintements de sang.

Iodoforme et pansement ouaté, avec application de glace sur le ventre.

Le lendemain, température 39°,5. A partir du deuxième jour après l'opération, la température alla en diminuant.

Pas une goutte de pus ne sortit par les drains ; il sortit seulement un liquide séro-sanguinolent.

Champagne frappé au bout de sept jours.

L'état de la malade était très bon, quand une nouvelle poussée de température survint. Pleuro-pneumonie du côté droit, proba-

blement infectieuse. Potion de Todd. Kermès. Grand vésicatoire.
Au bout de quinze jours, la malade était hors de danger.

« Chez cette femme, dit Schwartz, on aurait pu penser à une péritonite puerpérale. Cependant, à cause de cette douleur violente survenue trois jours après l'accouchement, à cause de la présence d'un kyste en arrière du péritoine pariétal, en tenant compte enfin de la présence dans le péritoine d'un liquide analogue à celui que contenait le kyste, nous croyons à une rupture spontanée; mais, peut-être, n'y a-t-il eu rupture qu'après l'infection puerpérale et reformation du kyste après la rupture. »

Cette observation présente pour nous un très grand intérêt. Elle montre, en effet, que, dans la rupture qui nous occupe, l'ovariotomie doit être tentée jusqu'aux limites du possible, puisque, dans un cas où la malade était si affaiblie qu'on pouvait craindre de la voir succomber entre les mains de l'opérateur, l'intervention chirurgicale a permis de guérir promptement cette femme vouée à une mort certaine et très rapprochée.

OBSERVATION VII (résumée)

(Empruntée à la Thèse de F. ROLLIN. *Des hémorragies de l'ovaire*, 1889)

Rupture d'un kyste sanguin de l'ovaire après les règles, péritonite généralisée. — Mort le troisième jour. —
PUECH, De l'apoplexie des ovaires. *Montpellier méd.*
1858.

Femme âgée de vingt-huit ans, d'une bonne santé antérieure.
Il y a quatre mois, sous l'influence d'une émotion, les règles se

sont arrêtées et la malade a ressenti une violente douleur à droite. Depuis lors, pertes tous les vingt jours et plus abondamment que de coutume.

Les règles après avoir coulé trois jours venaient de cesser, lorsque la malade fut prise de tous les accidents d'une péritonite généralisée et mourut en trois jours.

A l'autopsie, outre les lésions ordinaires de la péritonite, on trouve dans l'abdomen 500 grammes d'un liquide chocolat mêlé de caillots. Aucune lésion de l'intestin. Trompe et ovaire gauches tout à fait sains.

A droite, ces deux organes agglomérés constituent une tumeur formée surtout aux dépens de l'ovaire. Rouge noire par la coloration et comparable à une petite pomme, cette tumeur ovarique présente à son centre et en avant une déchirure irrégulièrement triangulaire, longue de 1 centimètre. Les bords en sont irrégulièrement déchiquetés. Au-dessus on trouve une bosselure en forme d'amande. Par la perforation s'écoule le sang.

.
Le péritoine paraît sensiblement épaissi, sauf au niveau de la déchirure où il a son épaisseur normale. En d'autres points et surtout en arrière, où la coque a près de 1 centimètre d'épaisseur, il s'est fait un dépôt fibrineux qu'on parvient à décortiquer avec de la patience.

OBSERVATION VIII

*Rupture d'un kyste de l'ovaire dans le péritoine — Ovari-
riectomie par TERRILLON. — Mort. (Communication à
la Société de Chirurgie, séance du 29 mai 1889, sur
une cinquième série de trente cinq ovariectomies pour
kystes de l'ovaire.)*

Ma cinquième série, dit Terrillon, est particulièrement favorable, car je n'ai perdu qu'une malade, la première de mon tableau. Cette malade est morte dans des circonstances spéciales qui méritent

tent d'être notées et qui montrent qu'aucune précaution spéciale ne pouvait éviter une terminaison fatale et prompte.

Cette femme, âgée de trente-sept ans, avait déjà été opérée par moi à la Salpêtrière en 1887, le 12 juillet (elle fait partie de ma troisième série de trente-cinq ovariectomies). Parfaitement guérie de cette opération qui avait porté sur l'ovaire droit, atteint d'une dégénérescence kystique énorme, avec 25 litres de liquide et 5 kilogrammes de parties solides, elle se porta très bien pendant quelques mois.

Bientôt après, le ventre recommença à grossir et présenta des signes non douteux d'un nouveau kyste. Quelques jours avant son entrée à la Salpêtrière, le kyste se rompit, et la malade éprouva des symptômes de péritonite assez aiguë avec vomissements et accès de suffocation.

Dans cet état et malgré la gravité de l'état général, je l'opérai le 8 juillet 1888. Le kyste volumineux était très adhérent à l'intestin, à l'épiploon et au petit bassin. Il fut difficilement séparé de ces organes; une grande quantité de matière sirupeuse, grisâtre, était répandue dans le péritoine. La surface de la séreuse, au niveau des intestins, était rouge, tomenteuse, altérée. Je nettoyai avec soin toutes ces parties avec de l'eau et des éponges.

L'opération avait duré une heure et demie et la malade était très affaiblie. Malgré nos efforts pour la ranimer, elle mourut d'épuisement trente-deux heures après l'opération.

Dans la même série, M. Terrillon a eu trois autres cas de rupture et a obtenu trois guérisons après ovariectomie.

OBSERVATION IX

(Traduite de l'Allemand par notre camarade et ami
le D^r COULLAUD).

Rupture d'un kyste de l'ovaire. — Ovariectomie. — Guérison. — Observation de HUGO-SCHMIDT, doyen de l'Université de Presbourg (*Centralblatt für Gynecologie*), 26 novembre 1887.

La rupture d'un kyste de l'ovaire et l'irruption de son contenu dans la cavité abdominale ne sont pas des faits très rares. Généralement les parois de ces kystes sont minces et moins capables de résister aux traumatismes...

Le cas suivant n'est pas seulement intéressant par ce fait qu'une grande quantité de substance colloïde s'était épanchée, mais aussi parce que les symptômes survenus après la rupture étaient si menaçants que l'intervention était urgente.

Le professeur Lumniger, de Buda-Pesth, avait, le 11 septembre 1884, envoyé à la deuxième Clinique chirurgicale, qui se trouvait sous ses ordres, la femme Hermine Antolik, atteinte d'un kyste de l'ovaire gauche, afin qu'elle y subît une opération radicale qui la délivrât de ses douleurs.

Cette femme est âgée de trente-trois ans, veuve et mère d'un enfant; son aspect et son état général sont bons.

La partie médiane du ventre est soulevée par une tumeur mobile, isolable, de la grosseur d'un melon d'eau.

La paroi abdominale est assez épaisse, insensible. On observe de la fluctuation sur la ligne médiane. La percussion donne du tympanisme dans les flancs, et un son mat en avant.

La menstruation s'était montrée pour la dernière fois entre le 15 et le 18 août; elle était arrivée en temps normal et s'était montrée régulière chaque mois.

La malade avait de fréquents besoins d'uriner ; l'urine ne contient pas de substances anormales.

Le système nerveux est sain, cependant la malade a souffert une fois de palpitations.

Les parents, les frères et sœurs sont bien portants.

Parmi les maladies antérieures, la malade accuse une fièvre typhoïde en 1873, et, en 1877, une entérite dont elle souffrit pendant deux semaines.

Depuis quatre ans, elle constate que son ventre grossit ; cependant le médecin consulté ne put découvrir qu'au bout d'un an l'existence de la tumeur.

Celle-ci s'accrut très lentement, si bien que l'on peut dire que c'est dans le courant de l'année dernière qu'elle atteignit son volume actuel et que sa présence put être constatée sans aucun doute.

Une observation plus approfondie ne put être prise, car la malade eut ses règles le jour de son arrivée dans notre Clinique.

15 septembre. — La garde m'annonça à trois heures du matin que la malade venait de paraître tout à coup près de mourir.

L'observation montre que la malade est impatiente, se retourne et est prise fréquemment comme de besoins urgents d'aller à la selle.

Elle est pâle ; les lèvres sont cyanosées, le poulx est filiforme ; sa voix est voilée, et c'est avec beaucoup de peine qu'elle peut articuler quelques mots et dire qu'à chaque mouvement qu'elle fait dans son lit, il lui semble sentir quelque chose se déplacer dans son ventre.

La paroi abdominale est flasque, à tel point que le changement avec l'enflure d'hier saute aux yeux.

La percussion donne un son plus tympanique qu'auparavant sur la ligne médiane ; des deux côtés il est mat.

Je constatai aussitôt la rupture du kyste et fis sur le champ, le matin même, l'opération avec le personnel de la Clinique. A cause des symptômes rapides, je ne pus mettre en œuvre les préparatifs nécessaires. La salle de Clinique était froide, et les changements nécessaires pour faire l'opération étaient tels qu'on ne pouvait faire ces préparatifs, même avec la meilleure volonté.

Je m'avançai vers la tumeur en suivant la ligne blanche, et je vis sous la couche graisseuse du péritoine une surface grisâtre et polie qui ressemblait à la paroi d'un kyste assez ancien.

Je vis mon erreur lorsque, ayant enlevé une surface grande comme la paume de la main, j'aperçus les intestins qui se montraient à l'extérieur.

Il en résultait que ce que j'avais pris pour la paroi du kyste n'était que la paroi péritonéale considérablement épaissie. Je l'ouvris en incisant sur la ligne blanche.

Par cette ouverture, il s'écoule de la cavité abdominale presque un litre de liquide colloïde. A la partie antérieure du kyste était une surface de la grandeur de la paume de la main infiltrée de sels calcaires, sur laquelle se montrait une ouverture en forme de zigzag, de 3 centimètres de longueur environ.

Débarrasser le kyste de deux ou trois tractus qui l'entouraient ne fut pas difficile, mais nous dûmes apporter toute notre attention pour faire céder les adhérences qui le fixaient dans la cavité de Douglas. J'apportai le plus grand soin à la toilette de la cavité abdominale, ce qui réclama quatre heures. Nous retirâmes, au moyen d'éponges, près de 2 litres de liquide de la cavité abdominale.

J'unis au moyen d'une suture le péritoine à la paroi abdominale et drainai la cavité qui se trouvait entre le péritoine et cette paroi.

La plaie fut réunie par une suture mi-profonde et mi-superficielle, et je plaçai dans la cavité abdominale trois drains de la grosseur du petit doigt.

La plaie guérit en deux mois, après suppuration. Pendant ce temps, on vit à plusieurs reprises sortir du ventre des morceaux de tissu nécrosés, épais, adhérents (peut-être le péritoine que j'avais cousu?). Ces fragments avaient une odeur très fétide et ressemblaient à du fromage pourri.

Avant le départ de la malade, je constatai un trajet fistuleux conduisant dans la cavité abdominale.

Six mois après, la malade m'envoyait une lettre et m'annonçait qu'elle était complètement rétablie.

OBSERVATION X

Ovariectomie huit jours après rupture spontanée d'un kyste. — Guérison, par NICOLAS (Revue méd. Suisse romande, janvier 1888.)

Dans un rapport fait à la Société médicale neuchâteloise, séance du 5 octobre 1887, M. Nicolas donne la relation d'un cas d'ovariectomie faite le 6 juin 1887, chez une dame de trente-six ans, dont le kyste s'était rompu spontanément dans la nuit. Il se déclare immédiatement après un choc très grave, qui empêche de procéder à l'opération d'urgence.

Le traitement institué avec le médecin habituel de la malade fut d'abord dirigé contre les symptômes du choc, puis, pour restreindre l'écoulement du contenu du kyste dans la cavité abdominale, on pratique sur la ligne blanche, entre le nombril et la symphyse, une ponction qui donne issue à 8 litres d'un liquide visqueux et de couleur verdâtre. La péritonite consécutive fut remarquablement peu intense; l'état général s'améliora au point de permettre le transport de la malade à l'hôpital et de pratiquer l'ovariectomie huit jours après l'accident.

L'opération eut lieu sans difficulté, les adhérences de date récente se laissant facilement détacher. Le foyer de la rupture se trouvait à peu près au milieu de la ligne qui réunit le nombril à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, et le liquide qui s'en échappa par la plaie était fortement purulent. Néanmoins, la guérison survint sans fièvre, sous un seul pansement et par première intention. Deux semaines après l'opération, la malade rentrait chez elle, et se trouve actuellement en pleine santé.

OBSERVATION XI

(Empruntée à la Thèse de HUE.)

*Rupture d'un kyste de l'ovaire. — Péritonite aiguë. —
Ovariectomie. — Guérison, par KEITH. (The Lancet,
1877.)*

Jeune femme atteinte d'un kyste de l'ovaire à évolution rapide. État général assez mauvais; frottements péritonéaux manifestes. L'opération à bref délai est décidée. Marche prolongée, fatigue, abatement consécutif.

Tout à coup la tumeur diminue de volume et de résistance; les frottements cessent d'être perçus. Bientôt fluctuation superficielle à la région hypogastrique. On ponctionne à ce niveau et l'on obtient un liquide qui, par le repos, se divise en deux couches, l'une claire (liquide péritonéal), l'autre trouble et chocolat (liquide du kyste). Pas de douleurs ni de symptômes généraux pendant trente heures, puis apparition d'une péritonite aiguë putride. État des plus graves pendant huit jours.

A cette époque, dixième jour après la rupture du kyste, on perçoit de la sonorité au centre de la tumeur. On diagnostiqua une suppuration gangreneuse du kyste et l'on procéda séance tenante à l'opération.

Gaz, sang putréfié, détritits gangreneux à l'intérieur du kyste qui n'a d'adhérences qu'en avant et avec l'intestin. Au moment où on le détacha de l'excavation pelvienne, un flot de pus gangreneux envahit la cavité péritonéale. On reconnaît l'existence d'une poche péritonéale suppurante occupant toute l'excavation du bassin. Toilette du péritoine, lavage avec l'acide phénique. Suture des parois abdominales avec drain à l'angle inférieur de la plaie.

Les suites de l'opération furent tout d'abord des plus mauvaises. Vers le cinquième jour, l'état s'améliora, mais il se forma une poche fluctuante derrière la paroi abdominale antérieure. Elle

s'ouvrit dans le péritoine le vingt-huitième jour. Pendant quarante-huit heures, la mort fut imminente, mais enfin la malade se rétablit et sortit guérie, deux mois et demi après la rupture du kyste.

L'auteur rappelle plusieurs cas analogues où il a opéré avec le même succès.

OBSERVATION XII (Traduite de l'anglais)

Kyste multiloculaire de l'ovaire rompu dans le péritoine.
— *Opération*, par RUTHERFORD MORISON. — *Guérison.*
(*Edinburgh med. journ.*, 1888, XXXIV, p. 43.)

I. T..., vingt-huit ans, mariée, mère de trois enfants dont le plus jeune est âgé de deux ans, me fut envoyée au mois d'avril 1887 par son médecin, qui lui avait déjà dit qu'elle avait une tumeur de l'ovaire.

A l'examen, nous trouvâmes que tous les organes étaient sains, mais il existait une tumeur de l'abdomen. Le diagnostic porté fut celui d'une grosse tumeur de l'ovaire, mobile ; mais, en outre, il y avait une grande quantité de liquide libre dans la cavité abdominale, dont la présence n'était expliquée ni par les commémoratifs d'une rupture ni par les symptômes d'une péritonite.

L'opération fut faite chez la malade elle-même, à la campagne, près de Stockton, le 3 mai 1887. Je fus habilement assisté par les Drs Pelkington, Clegg et Fagge, de Stockton.

A l'ouverture de l'abdomen, nous trouvâmes la tumeur entourée par une quantité d'un liquide ovarique épais, analogue à du blanc d'œuf, libre dans la cavité péritonéale. La tumeur fut enlevée par la voie habituelle, et trouvant le liquide difficile à évacuer, je lavai l'abdomen avec de l'eau chaude, jusqu'à ce qu'il fût complètement propre. Nous terminâmes l'opération de la manière habituelle, sans drainage.

Après l'opération. — Pendant les trois premiers jours, les

nausées constituèrent un symptôme ennuyeux. A part cela, la malade n'eut aucun malaise. Elle fut debout le septième jour et sortit le quinzième jour pour faire une courte promenade.

Remarques. — La douleur et le collapsus, suivis de péritonite, communément signalés dans les cas de rupture de kyste de l'ovaire, n'existèrent pas chez cette femme. La tumeur n'était pas maligne et ne contenait pas de végétations papillomateuses, si bien qu'on ne doit craindre aucun ennui ultérieur. La malade continue à aller bien.

CONCLUSIONS

I. — La rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine ne constitue pas une complication très rare de ces tumeurs. Dans l'espace d'une année à peine, depuis que notre attention a été appelée sur ce sujet par M. le professeur Poncet, nous en avons observé nous-même dans son service quatre cas.

II. — La rupture a, on le comprend, un siège très variable ; elle est subordonnée à l'épaisseur, à la friabilité de la poche sur tel ou tel point. Il résulte cependant des nombreuses observations que nous avons dépouillées, qu'elle se montre de préférence au sommet de la tumeur, sur sa face antérieure et sur ses parois latérales.

III. — Cette complication est loin de présenter toujours la même gravité. Les dangers sont naturellement en rapport avec les caractères plus ou moins infectieux du liquide épanché, avec son abondance, etc.

La gravité de la péritonite est subordonnée en outre à l'état général de la malade.

D'après les statistiques que nous avons étudiées, la mort aurait été la conséquence de la rupture dans la moitié des cas (50 pour 100 dans les cas abandonnés à eux-mêmes).

IV. — La rupture spontanée des kystes exige, comme seul et unique traitement la laparotomie avec ablation de la tumeur. L'intervention, d'après M. Poncet, doit être aussi hâtive que possible. Il s'agit au premier chef d'une opération d'urgence.

Les statistiques opératoires témoignent du reste de l'innocuité de l'intervention chirurgicale (Spencer Wells 12 cas, 1 mort ; Poncet, 4 cas, 4 guérisons ; Terrillon, 4 cas, 1 mort ; Mundé, 33 guérisons sur 35 ovarioto-mies, faites en pleine période de péritonite aiguë.)

V. — L'opération doit être faite aussi rapidement que possible. Toutes les fois qu'on le pourra (épanchement de sérosité dans la cavité abdominale), on devra faire l'assèchement, la toilette et le lavage du péritoine avec de l'eau chaude stérilisée.

VI. — Dans les cas d'épanchement visqueux, colloïde, comme nous en rapportons plusieurs observations personnelles, il ne faut pas songer à pratiquer la toilette du péritoine qui est du reste impossible, mais on devra compléter l'opération par un drainage méthodique de Mikulicz, et parfois en le combinant avec le drainage vaginal.

VII. — Dans tous les cas de péritonite par rupture spontanée d'un kyste, le drainage post-opératoire nous paraît devoir être conseillé.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — *Traité pratique de gynécologie*, Paris, Doin, 1892.
- BACHER. — *Recherches sur les hydropisies*, Paris, 1776.
- BANTOCK. — *Pathology of Unilocular Ovarian Cysts*.
- BAILLY. — *Société anatomique*, 1854.
- BALL. — *Tr. Acad. med., Ireland*, Dublin, 1886.
- BARNES. — *Traité des maladies des femmes*.
- BIGELOW. — *Tr. med. Soc. County Albany*, 1870, 1880, 1883.
- CAMUS. — *Revue méd. franç. et étrang.*, Paris, 1844.
- CALLANAN. — *Lancet*, London, 1886.
- CHANDWIK. — *Boston med. and chir. journ.*, novembre 1878.
- CHRISTIAN. — *Detroit Lancet*, 1883-1884.
- CLEEMAN. — *Amer. journ. of Obstetric. N. Y.*, 1879.
— *Trad. Phila. Obst. Soc.*, 1879.
- COURTY. — *Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, Paris, 1881.
- COYNE. — *Gazette médicale*, 1874.
- DORAN. — *Observations chimiques et pathologiques sur les tumeurs de l'ovaire* (in-8, Londres).
- DOUGLAS. — *New-York med. Journ.*, 21 décembre 1889.
- EMMET. — *New-York med. Journ.*, 1884.
- ENGSTROM. — *Annales de gyn. et d'obst.*, novembre 1890.
- GALLARD. — *Leçons cliniques sur les maladies des ovaires*, Paris, Baillière, 1886.
- GALLEZ. — *Histoire des kystes de l'ovaire*, Bruxelles, 1868-1870-1873-1879.
- HAWKINS. — *Denver med. Times*, 1884.
- HEITZMAN. — *Allg. Wiener med. Zeitung*, 1889.
- HUE. — *De la péritonite aiguë compliquant les kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris 1883.
- JENKINS. — *Amer. Journ. of obstetric.*, 1880.
Journal des connaissances med. chir., 1874.

- KEITH. — *Edinb. med. Journ.*, 1875.
— *The Lancet*, 1877.
KIEYZAN (A.). — *Zür casuistic der spontanen rupturen von Ovariencysten*, 8^e Halle. a. s., 1875.
KROHER (J.). — *Ueber die Ursachen der spontanen perforation von Ovariencysten*, 8^e Breslau, 1869.
KÜSTNER. — *Peptonurie bei geborstener Ovarialcyste (Centr. für Gynec., 1884, n° 47).*
LANNELONGUE (de Bordeaux). — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1888.
LAROYENNE. — *Lyon méd.*, 1882.
LE DENTU. — *Acad. de méd.*, Paris, 1878.
— *Revue de chirurgie*, Paris, 1885.
Medical Times, 1850.
MÉHU. — *Étude sur les liquides extraits des kystes ovariens (Archives générales de médecine, septembre 1881).*
MORIZON. — *Edinb. med. Journ.*, 1888.
MUNDÉ. — *Americ. Journ. of med. science*, 1878.
MOULS. — *De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris 1890.
NEPVEU. — *Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine (Ann. de gyn., 1875).*
— *Mémoires de chirurgie*, 1880.
NICOLAS. — *Rev. méd. Suisse romande*, janvier 1888.
OLSHAUSEN. — *Composition chimique des divers liquides des tumeurs de l'ovaire. Die Krankheiten der Ovarien*, Stuttgart, 1877.
ORONSON. — *Dissert. inaug. Zurich*, 1882.
PALM (E.). — *Ueber spontane rupturen von Ovariencysten*, 8^e Tübingen, 1864.
PALMER. — *Cincin. Lancet and. cliniq.*, 1882.
PARIZOT. — *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1886.
POLAILLON. — *Union médicale*, 1^{er} novembre 1888.
PONCET. — *Notre thèse*, 1892.
POZZI. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, Paris, G. Masson, 1890.
PUECH. — *Montpellier méd.*, 1858.
QUENU. — *Structure des kystes non dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Paris 1881.
RÉMY. — *Torsion du pédicule*. Thèse d'agrégation, Nancy, 1886.
F. ROLLIN. — *Des hémorragies de l'ovaire*. Thèse de Paris 1889.
RUTHERFOORD. — *Brit. gyn. Soc.*, 1889.
DE SINÉTY. — *Traité des maladies des femmes*.
SCHMIDT. — *Centr. für Gyn.*, 26 novembre 1887.

SOLLER. — *Société des sciences médicales de Lyon*, 1882-1883.

SPENCER WELLS. — *Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, 1883.

LAWSON TAIT. — *Maladies des ovaires*, 1886. Trad. par le Dr Ollivier.

— *Traité clinique des maladies des femmes*, Paris, Steinheil, 1891.

TERRILLON. — *Bulletin de la Soc. de chirurg.*, t. XV, n° 6.

— *Bulletin de la Soc. de chirurg.*, t. XVI.

GAILLARD-THOMAS. — *Americ. Journ. of obstetr.*, 1879.

M^{me} WAITE. — *Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire*. Thèse Paris 1883.

ZWEIFEL. — *Dangers de la ponction des kystes de l'ovaire* *Centr. für Gyn.*, n° 7.

